ZDROWIE PSYCHICZNE

KWARTALNIK POŚWIĘCONY
HIGIENIE PSYCHICZNEJ

PAŃSTWOWY INSTYTUT HIGIENY PSYCHICZNEJ
Rok IV Warszawa 1949 Nr 1-2 (11-12)

SPIS RZECZY

TABLES DES MATIERES

WYDAWCA: PAŃSTWOWY INSTYTUT HIGIENY PSYCHICZNEJ.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. CHEŁMSKA 37.

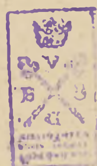
Prenumerata: roczna — 600 zł, półroczna — 300 zł.

ZDROWIE PSYCHICZNE

KWARTALNIK POŚWIĘCONY HIGIENIE PSYCHICZNEJ



PAŃSTWOWY INSTYTUT HIGIENY PSYCHICZNEJ
Rok IV Warszawa 1949 Nr 1-2 (11-12)



R. S. W. „Prasa". Druk Al. Jerozolimskie 85.

B—77708

III ZJAZD HIGIENY PSYCHICZNEJ

30.X. — 1. XI. 1948 r.

w Zagórzu pod Warszawą

Trzeci Zjazd Higieny Psychicznej był poświęcony zagadnieniom higieny psychicznej i psychologii pracy, higieny psychicznej i neuropsychiatrii dziecięcej oraz walki z alkoholizmem.

PROGRAM ZJAZDU

1. Otwarcie Zjazdu przez Ob. Ministra Zdrowia.
2. Referat wstępny: dr Dąbrowski Kazimierz — III Międzynarodowy Kongres Higieny Psychicznej w Londynie.

I. Higiena psychiczna i psychologia pracy.

1. Dr Biegeleisen-Żelazowski: Psychologia pracy i jej związek z higieną psychiczną.
2. Dr Hozer Jan: Psychologia pracy i medycyna w górnictwie polskim.
3. Dr Klimowicz Tadeusz: Metody badania uzdolnień zawodowych.
4. Referat komisyjny: Organizacja badań z zakresu higieny psychicznej i psychologii pracy w Polsce.

II. Higiena psychiczna i neuropsychiatria dziecięca.

1. Prof. dr Szuman Stefan: Typologia uczuciowości.
2. Doc. dr Falkowski Adolf: Zaburzenia psychiczne u dzieci w związku z przebytymi chorobami zakaźnymi.
3. Dr Jaroszyński Jan: Metody badań psychologii klinicznej w psychiatrii dziecięcej.
4. Dr K. Horwitz - Kancewiczowa i dr Z. Szymańska: Organizacja opieki psycho-higienicznej nad dziećmi w Polsce.

III. Walka z alkoholizmem.

1. Dr Stryjeński Władysław: Zagadnienia prawne związane z alkoholizmem.
2. Dr Zajączkowski Henryk: Psychoterapia grupowa alkoholików.
3. Dr Korzeniowski Lucjan: Organizacja lecznictwa i walki z alkoholizmem na terenie Polski.
4. Dr Grochmal St. i dr Stryjeński W.: Badania statystyczne nad nasileniem alkoholizmu w Krakowie po wojnie (rok 1945—48) — komunikat.
5. Dr Ingster: Pierwsze doświadczenia w walce z alkoholizmem na terenie Sosnowca (komunikat).

Dyr. dr K. Dąbrowski powitał Ministra Zdrowia, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Oświaty, Przemysłu i Handlu, profesorów wyższych uczelni, biorących udział w Zjeździe oraz pracowników Instytutu.

Zjazd otworzył krótkim przemówieniem Minister Zdrowia, dr T. Michejda:

„Trzy dni temu — mówił Minister — Sejm uchwalił zasadniczą ustawę z dziedziny zdrowia. Stworzył tą ustawą zupełnie nowe podstawy rozbudowy i przebudowy całego naszego lecznictwa.

Chciałbym, żeby w ramach nowego lecznictwa higiena psychiczna weszła na nowe tory, we wspólny nurt na tle poszczególnych zasad nowej ustawy. Jestem przekonany, że higiena psychiczna szybko zajmie należne jej miejsce w rozwoju naszego lecznictwa. Nie muszę zapewniać o życzliwości i zrozumieniu ze strony Ministerstwa Zdrowia w stosunku do poczynań higieny psychicznej.

Otwieram Zjazd i życzę owocnych obrad. Chciałbym, żeby Państwo przepracowali, przemyśleli te problemy, które łączą się z nowym, rewolucyjnym tonem medycyny, żebyście się włączyli w nowy nurt polskiej służby zdrowia".

Następnie zabrał głos prof. dr M. Kacprzak, przewodniczący Państwowej Rady Zdrowia. Mówca podkreślił wagę zwoływanych zjazdów higieny psychicznej, które przechodzą już w dobrą tradycję, ustalając w ten sposób podstawy nowej gałęzi wiedzy, jaką jest higiena psychiczna. — W obecnej chwili powinna ona rozwijać się intensywnie, a nie ekstensywnie, powinna utrwalać swe osiągnięcia, rozpracowywać je w głąb. — Higiena psychiczna stanie się czynnikiem, który odegra dużą rolę w rozwoju polskiej służby zdrowia.

Po wstępnych przemówieniach powołano Prezydium Zjazdu, do którego weszli: prof. dr M. Bornsztajn, prof. dr T. Bilikiewicz, prof.

dr Demianowski, prof. dr R. Dreszer, prof. dr J. Hurynowicz, prof. dr M. Kacprzak, dr L. Korzeniowski, prof. dr M. Michałowicz, prof. dr S. Szuman, dr L. Uszkiewicz, dyr. Departamentu Medycyny Społecznej Min. Zdrowia.

Po ukonstytuowaniu się Prezydium Zjazdu wysłano telegram do Prezydenta Rzeczypospolitej i przystąpiono do obrad.

W niniejszym numerze poświęconym Zjazdowi pominięto referaty z zakresu higieny psychicznej i psychologii pracy, wygłoszone w pierwszym dniu Zjazdu. Zostały one zamieszczone w kwartalniku „Psychologia i Higiena Psychiczna Pracy". (Rok I, nr 2, 1948).

Podobnie jak w sprawozdaniu z poprzedniego zjazdu, dyskusje umieszczono po tekstach referatów.

Dr KAZIMIERZ DĄBROWSKI

III MIĘDZYNARODOWY KONGRES ZDROWIA PSYCHICZNEGO
(Londyn 1948)

A. DANE OGÓLNE

III Międzynarodowy Kongres Zdrowia Psychicznego odbył się w Londynie w dniach od 11 do 21 sierpnia 1948 roku. Przewodniczącym był dr J. R. Rees. Kongres został zwołany z inicjatywy Narodowego Brytyjskiego Stowarzyszenia Zdrowia Psychicznego oraz Międzynarodowego Komitetu Higieny Psychicznej w New Yorku w porozumieniu z narodowymi towarzystwami higieny psychicznej wszystkich krajów świata. Kongres ten był właściwie kongresem zespołowym zdrowia psychicznego w ściślejszym znaczeniu tego terminu oraz psychiatrii dziecięcej i psychoterapii lekarskiej. Każdy z trzech działów pozostawał pod auspicjami odpowiedniego międzynarodowego komitetu, a więc komitetów Higieny Psychicznej, Psychiatrii Dziecięcej i Psychoterapii Lekarskiej. Kongres zgromadził około 2 tysięcy uczestników. Oficjalnymi delegatami Polski byli: dr K. Dąbrowski i dr K. Horwitz - Kancewiczowa, nieoficjalnie — prof. Baley.

Programowa komisja przygotowawcza złożona ze specjalistów tych krajów, które najsilniej rozwinęły na swoim terenie ruch higieny psychicznej i jej stronę naukową, pracowała ponad rok nad szczegółowym przygotowaniem programów w porozumieniu z komisjami przygotowawczymi na terenie poszczególnych krajów. Strona organizacyjna Zjazdu była na dobrym poziomie. Obrady Kongresu były tak pomyślane, iż poza plenarnymi posiedzeniami,

na których przedstawiono i dyskutowano podstawowe tezy zjazdowe, odbywały się posiedzenia na tematy specjalne, między innymi: „Znaczenie wyrazu „społeczny“ w pracy społeczno - psychiatrycznej“, „Szkoły pielęgniarskie i zdrowie psychiczne“, „Studium nad wyładowaniem napięć grupowych“, „Autorytatywność i agresywność narodowego socjalizmu“, „Elektronarkoza“, „Terapia społeczna“, „Readaptacja młodzieży po wojnie“ i inne.

Jak już wskazywałem, główne tematy trzech działów Kongresu znalazły miejsce na posiedzeniach plenarnych.

Podstawowym tematem w zakresie psychiatrii dziecięcej był: „Rozwój osobowości w swoich aspektach indywidualnym i społecznym ze specjalnym uwzględnieniem agresywności“. Temat ten dzielił się na następujące podtematy: 1) Agresywność w związku z normalnym i patologicznym rozwojem emocjonalnym, 2) Agresywność w stosunku do życia rodzinnego, 3) Zagadnienia psychiatryczne w dziedzinie wychowania, 4) Społeczność i dziecko agresywne.

Tematem głównym psychoterapii lekarskiej było zagadnienie winy z następującymi podtematami: 1) Geneza winy, 2) Wina i czynniki dynamiczne zaburzeń psychicznych indywiduum, 3) Wina zbiorowa, 4) Postępy terapii indywidualnej i grupowej.

Głównym tematem trzeciego działu było: „Zdrowie psychiczne i obywatelstwo świata“. Temat ten dzielił się na następujące podtematy: 1) Zagadnienie obywatelstwa świata i dobrych stosunków grupowych, 2) Indywiduum i społeczeństwo, 3) Problemy rodzinne i zaburzenia psychiczne, 4) Higiena psychiczna w przemyśle i stosunkach przemysłowych, 5) Planowanie w zakresie zdrowia psychicznego: organizacja, trening i propaganda, 6) Wnioski i zalecenia.

B. GŁÓWNE TEMATY KONGRESU

I. ROZWÓJ OSOBOWOŚCI W ASPEKTACH INDYWIDUALNYM I SPOŁECZNYM ZE SPECJALNYM UWZGLĘDNIENIEM AGRESYWNOŚCI

1. Agresywność w związku z normalnym i patologicznym rozwojem emocjonalnym.

Część referentów tego zagadnienia, a specjalnie Anna Freud, zajęli się analizą terminu „agresywność“. Chodziło tutaj o wyróż-

nienie agresywności jako postaw i aktów o charakterze wrogim, destruktywnym, krzywdzącym, od innych o charakterze afirmatywnym, od tendencji do posiadania i tworzenia.

Anna Freud zwróciła uwagę na dwa różne ujęcia agresywności występujące u różnych autorów: jedni z nich uważają agresywność za dążenie instynktowne, wrodzone, które rozwija się jako odpowiedź na działanie otoczenia, jednakże nie jest tworzone przez środowisko; inni uważają przeciwnie, że agresywność jest produktem wpływu środowiska, tzn. reakcji indywiduum na pozbawienie go dążeń indywidualnych.

Pierwsze stanowisko, czysto psychoanalityczne, reprezentowane jest przez Annę Freud, drugie, kliniczno-wychowawcze, reprezentowane głównie przez dra Fredericka H. Allena z „Philadelphia Child Guidance Clinic". Anna Freud staje na stanowisku Freuda, wyróżniając w związku z teorią agresji dwa instynkty podstawowe: życia i śmierci. Tendencje seksualne przedstawiają instynkt życia, tendencje destrukcyjne wypływają z instynktu śmierci. W rozwoju dziecka istnieją zawsze ambiwalentne niejako układy obu tendencji. Każdej fazie rozwoju seksualnego (oralna, analna, falliczna) odpowiada pewna struktura i pewne czynności destruktywne. Nadają one siłę i żywotność przejawom libido u dziecka. Bez czynnika agresji żadne z dążeń seksualnych nie mogłoby osiągnąć swego celu. Z drugiej strony, przez stałą fuzję z dążeniami erotycznymi, tendencje agresywne są pozbawiane cech destruktywnych i zużytkowane dla celów życiowych. Oba rodzaje tych dążeń, zanim skierują się do przedmiotów świata zewnętrznego, mają tendencję do wyżycia się na początku w samym indywiduum, na jego ciele. Oba dążenia są zdolne do podlegania przemianom, jeżeli cel ich nie może być bezpośrednio osiągnięty. Pod formami zmodyfikowanymi. (np. sublimacji) tworzą one podstawowe czynniki życia kulturalnego.

Agresywność niejako „czysta" przejawia się w pewnych formach rozwoju dziecięcego w przypadkach anormalnych, w których nie doszło do normalnej fuzji między obu tymi podstawowymi popędami. Zadaniem terapeutycznym w tym wypadku nie powinno być uśmierzanie agresji przez kontragresję wychowawczą, ale stwo-

rzenie dla dziecka warunków normalnego życia libido, tak aby ono mogło znaleźć i zneutralizować siły destruktywne.

Drugie stanowisko, tzn. kliniczno-wychowawcze, reprezentuje, jak już wspomniałem, dr Allen. Uważa on również agresywność za podstawową cechę wszystkich organizmów żyjących, pozwalającą utrzymać się organizmowi przy życiu. Jednak niezorganizowana agresywność małego dziecka, pod wpływem bardziej pozytywnej, zorganizowanej agresywności jako skutku cywilizacji, podtrzymuje dziecko w jego rozwoju osobniczym i społecznym. Z tego to stosunku indywiduum do społeczeństwa płynie potencjał zarówno agresywności konstruktywnej, jak i destruktywnej dziecka. Przez ewolucję tendencji agresywnych dziecko uczestniczy aktywnie w swoim rozwoju. Może przyjąć postawę sprzeciwu w stosunku do wymagań skierowanych do niego albo częściowo odstąpić od swoich wymagań. We wzajemnym stosunku rodziców do dzieci, rodzice mogą stać się pośrednikami rozwoju dziecka, zająć stanowisko niewolników w stosunku do jego wymagań lub autokratów wymagających tylko zgody i posłuszeństwa. Z układu takich postaw pochodzi organizacja agresywności i uczucia konstruktywne i destruktywne z nią związane. Pozbawienie czegoś dziecka jest elementem istotnym w procesie jego rozwoju. Rzeczywistość nakłada granice dla żądań dziecka. Dziecko reaguje przeciw tym ograniczeniom drogą agresji. Jeżeli te granice są postawione w sposób autokratyczny lub, przeciwnie, jeżeli bardzo łatwo ustępują przed wymaganiami dziecka — wartość czynnika „pozbawienia“ ginie dla rozwoju dziecka. Przy procesie różniczkowania struktury psychicznej w czasie rozwoju dziecka, znajduje ono wiele różnych środków dla wyrażenia agresywności negatywnej poza postawą „ja nie mogę“. W czynnościach gry oraz fantazji dziecko uruchamia siły magiczne dla wzmocnienia swojej postawy. Dziecko normalne łatwo przystosowuje swoje fantazje do rzeczywistości, natomiast u dziecka neurotycznego świat fantazji może zastąpić rzeczywistość i fakt ten może stworzyć jądro problemu neurotycznego.

2. Agresywność w stosunku do życia rodzinnego.

Drugim podtematem psychiatrii dziecięcej była agresywność w stosunku do życia rodzinnego. Większość referentów, obok wła-

ściwego tematu, poświęciła wiele miejsca takim zagadnieniom jak: wartość pozytywna agresji jako siły potencjalnej, odpowiedzialnej za twórczy ton czynności życiowych (prof. Fontes z Portugalii), waga wyróżnienia między postawami agresywnymi skierowanymi przeciw innym i przeciw sobie, formy agresji w stosunkach grupowych (dr Ramer ze Stocholmu) — itd.

Dr Ramer zwraca specjalną uwagę na stosunek między tendencjami agresywnymi i lękowymi u dziecka. Według niego rodzice powinni pozwalać dziecku na swobodny rozwój tendencji agresywnych i dopiero później, w wieku dojrzałości psychicznej i ustabilizowania emocjonalnego, interweniować przez wprowadzenie ograniczeń. — Konieczne jest, wg. Ramera, aby tendencje agresywne w odpowiedni sposób zostały wcielone w osobowość. Zasadą jest, aby wychowawcy i rodzice oddziaływali nie na sam wyraz agresji, ale zwalczali strach, który go powoduje. Należy oddziaływać na agresję tak, jak się oddziaływuje na lęk. Autor zwraca uwagę na znaczenie manifestowania przed dzieckiem zharmonizowanego i zespołowego współżycia rodziców. Ważne jest przystosowanie uczuciowe do podstaw realnych już w pierwszym roku życia dziecka.

W konkluzji autor zwraca uwagę na zasadnicze punkty oddziaływania: 1) Rozumieć indywidualność dziecka i nie zapominać, że jednostki różnią się w swej istocie i w swych reakcjach. Być sprawiedliwym nie musi znaczyć — być jednakowym dla wszystkich; postępowanie automatyczne jest nieomal okrucieństwem. 2) Wychowywać rodziców przed i po urodzeniu dzieci — uwrażliwi to ich i uzdolni w wypełnianiu roli wychowawczej. Jest nadzieja, że rozwój ośrodków diagnostycznych, leczniczych i wychowawczych stanie się bardzo pomocny rodzicom.

Autor zwraca wreszcie uwagę, że podstawowym czynnikiem osłabienia agresywności w rodzinie jest konieczność znalezienia przez matkę odpowiedniej ilości czasu dla dziecka. Musi być zredukowany czas pracy matki, aby mogła ona wykonywać swoje obowiązki.

Cytowany już wyżej prof. Fontes widzi następujące czynniki przyczynowe agresywności w życiu rodzinnym: kompleks Edypa, kompleks niższości, specjalne rodzinne konstelacje (jedynactwo

zazdrość rówieśników, zagadnienie pierwszego dziecka itp.), sprawa autorytetu rodzicielskiego, złe warunki życia rodzinnego pod względem materialnym lub moralnym. Każdy z tych warunków jest analizowany według teorii Freuda, Adlera i innych psychologów głębi. Analizując wpływ życia rodzinnego na agresywne zachowanie dzieci, autor podkreśla mimo to, że środowisko rodzinne jest najbardziej odpowiednie dla rozwoju afektywnego życia dziecka. Np. sytuacja kompleksu Edypa stanowi jeden z najlepszych mechanizmów rozwoju życia uczuciowego dziecka pod warunkiem skanalizowania seksualnych cech takiej sytuacji przez znalezienie zadowolenia drogą sublimacji moderującej agresywność, a nie upośledzającej dynamizmu jednostki. Autor kończy referat szeregiem wskazań, opartych na swych rozważaniach, w sensie ulepszenia metod wychowawczych w życiu rodzinnym.

3. Zagadnienie psychiatryczne w dziedzinie wychowania.

Całe zagadnienie najwszechstronniej ujął dr L. Bovet, dyr. Departamentu Medyko-Psychologicznego (Kantonu Vaudois w Szwajcarii) i lektor Uniwersytetu w Lozannie. Zadaniem psychiatry jest zachowanie psycho-fizjologicznej całości osobnika lub jej odbudowa, tak aby jego wszystkie funkcje miały możność normalnej pracy opartej na współdziałaniu; zadaniem wychowawcy jest kierowanie wychowanka ku wybranemu celowi w harmonii z dominującym ideałem epoki, kraju czy grupy. Psychiatra usiłuje regulować całość czynności zachowania, wychowawca próbuje podporządkować rozwój wychowanka prawom wyznaczonym przez układ celów. Psychiatra pozostawia pracy wychowawczej osobnika przygotowanego do wychowawczego nań oddziaływania. Psychiatra i wychowawca mają swoje własne tereny pracy, które z sobą sąsiadują i uzupełniają się. Jednakże z podkreślonych różnic mogą wynikać pewne nieporozumienia.

Wychowawca jest nastawiony na przyszłość, kształci on funkcje wychowanka z myślą osiągnięcia celu końcowego. Żeby mieć wyniki musi on wiedzieć, że cel jest dobry i zgodny z możliwościami wychowawczymi. Jest złym wychowawcą, jeżeli wątpi w siebie, w wychowanka lub w wartość celu, który ma być osiągnięty.

Psychiatra zwraca się do przeszłości — dla usunięcia zaburzeń poszukuje ich źródeł. Chodzi mu o to, jakie to są źródła, jakie i jak liczne prowadzą drogi do ich wykrycia. Jest on złym lekarzem, jeżeli nie prowadzą go fakty, jeżeli próbuje je podporządkować z góry powziętym założeniom, jeżeli nigdy nie ma wątpliwości co do swojej postawy i nie jest ustosunkowany do niej krytycznie.

Każdy wychowawca usiłuje świadomie lub nieświadomie wpłynąć na swego wychowanka. Obaj: psychiatra i wychowawca są w posiadaniu połowy prawdy. Ta połowiczość wywołuje w każdym z nich poczucie braku, poczucie winy, co powoduje nastawienie wrogie i agresywne między wychowawcą i lekarzem.

4. Społeczność i dziecko agresywne.

Referenci tego typu są na ogół zgodni w uznawaniu wagi konstytucji, jako podstawy tzw. niezrównoważenia pierwotnego, która stanowi o dziecku prekryminalnym (Carlo de Sanctis, dyr. Szpitala Psychiatrycznego w Rzymie). Taka struktura i jej przejawy znajdują źródło w konstytucji emocjonalnej dziecka, chociaż otoczenie może odgrywać pewną rolę.

Impulsywność destruktywna wg dr Gardnera (współdyrektor „Judge Baker Guidance Centre" Boston) jest odpowiedzialna za 70 — 90% przypadków skierowanych do sądu dla nieletnich z powodu kradzieży. Czynność agresywna jest wg. tego autora czynnością destruktywną. Kradzież należy do najczęstszych czynów przestępczych. Siła kradzieży jest siłą niszczycielską . Inną strukturą impulsywną, będącą podstawą agresji i destrukcji u dzieci przestępczych jest struktura związana ze zboczeniami seksualnymi, wiążącymi się, wg. referenta, z brakiem kontroli w okresie wczesnego dzieciństwa. Nieuzyskanie tej kontroli zarówno w tym okresie jak i w tzw. okresie utajenia przejawia się w impulsach dręczenia i agresji w stosunku do innych i siebie.

Interesujące spostrzeżenia w stosunku do przestępczości dziecięcej na tle doświadczeń wojennych podaje dr Jean Dublineau — szef szpitali psychiatrycznych Departamentu Sekwany. Obserwacje jego wskazują na fakt, że ilość przestępstw spowodowanych brakiem przystosowania się, znacznie wzrosła, podczas gdy fakty

gwałtu nie zmieniły się ilościowo w stosunku do okresu przedwojennego.

Większość mówców zwraca uwagę na konieczność zaznajomienia rodziców i wychowawców z nowymi zdobyczami w zakresie badań dynamizmu psychicznego dziecka i możliwości oddziaływania na formowanie charakteru. Inni podkreślają znaczenie akcji zmierzającej do zapewnienia równowagi cielesnej dziecku, walki z rozbiciem rodziny, a co najmniej poszukiwanie kompensacji w razie rozbicia, przygotowania wychowawczego rodziców, stworzenia bilansu przystosowalności społecznej dziecka w życiu rodzinnym.

A teraz kilka uwag w stosunku do pierwszego głównego tematu. U większości referentów dominowało stanowisko psychoanalityczne, a bardzo słabo było zaznaczone stanowisko konstytucjonalne, kliniczne a przede wszystkim społeczne. Próbą przezwyciężenia tego stanowiska były referaty Carla de Sanctis, Gardnera, Dublineau i Boveta.

Wydaje się, że psychoanalitycy robią ciągle ten sam błąd, przejawiający się w tendencji do generalizacji zaobserwowanych mechanizmów indywidualnych. Próba tworzenia stałego związku między agresywnością i lękliwością zawodzi w większości przypadków, natomiast w teorii psychoanalitycznej ta próba eksplikacji nabrała charakteru zasadniczego.

Dr Bovet, w swym bardzo dobrym referacie, stwierdza, że posiadanie przez lekarza i wychowawcę „połowy prawdy" powoduje w obu poczucie braku, winy i w konsekwencji wzajemną agresję. Właściwie skierowane poczucie braku nie powinno powodować agresji, lecz potrzebę uzupełnienia swojej wiedzy, potrzebę rozwoju i uzupełnienia wzajemnego. Przedmiot i metoda psycho-higieny jest tutaj szkołą takiego uzupełniania się i harmonijnego współdziałania.

II. PSYCHOTERAPIA LEKARSKA ZAGADNIENIE WINY

1. Geneza winy.

Jeżeli chodzi o genezę winy, to większość referentów, poza grupą katolicką, stoi tutaj na stanowisku psychoanalitycznym.

Według dra Angelo Hesnard, psychiatry z Tulonu, początki moralności indywidualnej to moralność freudowskiego „nad ja“ z towarzyszącym elementem sprzeczności między zewnętrznym zakazem i kompleksem Edypa. Ta sprzeczność pochodzi z prymitywnej tendencji ludzkiej do samodestrukcji. Później „ego“ czuje się winne, pogłębia to poczucie winy na skutek intensyfikacji potrzeb seksualnych i popada od nowa w masochizm.

Amerykański biolog i umiarkowany psychoanalityk Massermann, dostrzega w poczuciu winy cechy „poczucia małej wartości“, które pochodzi z ograniczeń, specjalnie w stanie konfliktów. Poczucie winy, rozpatrywane z punktu widzenia obiektywnego albo biologicznego, wypływa z konfliktów między układami tendencji seksualnych i agresywnych z jednej strony, a społecznych i kulturalnych z drugiej. Mechanizmy podświadome utrudniają całkowitą adaptację indywiduum do społecznego i kulturalnego środowiska. Człowiek jest urodzonym barbarzyńcą, okrutnym dla innych i siebie samego, z postawą preetyczną, która jedynie drogą dotkliwych dla jednostki procesów staje się etyczną, uspołecznioną. Podobnie ma się rzecz z umysłowością człowieka: przychodzi on na świat z mityczną postawą przedlogiczną, która dopiero w rozwoju kultury przekształca się w logiczną.

Neurotyczne poczucie winy jest według psychoanalityków masochistyczną seksualizacją normalnej moralności. Uczniowie Freuda zmodyfikowali w pewnym sensie tę teorię, sprowadzając poczucie winy do agresywności i nienawiści pochodzącej z dziecięcych lęków.

Dziecko reaguje agresywnością (w stosunku do własnej osoby), przeciwko pierwszej regulacji funkcji żywienia (Melania Klein) oraz wyraża w ten sposób potrzebę ochrony przed niebezpieczeństwem kary. Adler ze swej strony wierzy, że człowiek nerwowy odgrywa rolę bohatera poniżenia, wyrażając w ten sposób protest przeciw wrodzonemu poczuciu niższości oraz chęć panowania nad światem.

Przedstawiciel grupy katolickiej, ks. prof. Thomas Gilby, widzi podstawy poczucia winy w uczuciu obcości w stosunku do siebie, rozwijającego się na trzech płaszczyznach: 1) na płaszczyźnie ogólnego stanu człowieka, 2) na terenie sprzecznych sił biologicznych w organiźmie, 3) na terenie jedności psycho-fizycznej, z napięciami jej własnych krańcowości, które komplikują czynniki pochodzące z nie-

porozumień rasowych i błędów osobistych. Nie ma w stosunku do poczucia winy żadnego uniwersalnego środka. Schorzenia i ich objawy, którymi się zajmuje psychologia lekarska, powstają z fałszywego poczucia winy na podstawie trzech wymienionych warstw obcości, które mogą się połączyć z sobą i wyrażać w różnych formach pomieszaniem pojęciowym między winą i karą i prowadzić do zwierzęcej nienawiści, do protestu niewinności i poszukiwań pomocy niemożliwej do zrealizowania.

2. Wina i czynniki dynamiczne zaburzeń psychicznych indywiduum.

Najbardziej wyczerpująco zagadnienie to zostało postawione przez Johna Rickmana, lekarza londyńskiego. Zagadnienie winy nie może być rozpatrywane w izolacji od innych przejawów życia psychicznego. Jest to człon zasadniczy skomplikowanego zespołu wzajemnie powiązanych tendencji psychicznych. Poczucia winy, przejawiające się np. w formie lękliwości, są powiązanymi ze sobą czynnikami w życiu człowieka, często nie tylko negatywnymi, ale i pozytywnymi, kształtującymi albo reformującymi jego rozwój. Schematyzując, można wyróżnić w postawie jednostki dwa rodzaje poczucia winy: poczucie winy związane z depresją oraz poczucie winy z przekonaniem, iż jest się atakowanym i prześladowanym. Zespół objawowy prześladowczy, związany z poczuciem winy, jest w swoich mechanizmach i istocie prostszy od aspektów poczucia winy związanego z depresją. To ostatnie zawiera w szerokiej mierze składniki miłości i jest w dużym stopniu kulturalnie wartościowsze, ponieważ często prowadzi do zmian podmiotu zarówno w tendencji do miłości jak i w tendencjach agresywnych. Stąd część tendencji agresywnych jest skierowana przeciw sobie zamiast przeciw osobie kochanej i to przekształcenie agresji pozwala na zużytkowanie energii do budowy wyższego poziomu osobowości.

Poczucie winy jest zawsze w pewnym stopniu związane z agresywnością. Nierozwiązane poczucie winy przechodzi w różnym układzie z okresu na okres.

Reakcje na poczucie winy są według Rickmana m. in. następujące: 1) tendencja do restytucji w świecie zewnętrznym krzywd rzeczywistych lub zaszłych w świecie wyobraźni przeciwko przed-

miotowi miłości (co przyczynia się często do wzmocnienia popędów twórczych), 2) kompulsywna tendencja do podporządkowania się i poddania agresorowi, 3) zachowanie kompulsywne, w którym napięcie związane z winą prowadzi do zbrodni, łącząc się z tendencją do poniesienia kary (spotykane u typów kryminalnych i w perwersjach seksualnych), 4) reakcje kompromisowe spotykane u neurotyków i psychotyków, 5) zainteresowania religijne i samarytańskie.

Autor, przechodząc do zaburzeń psychicznych związanych z winą, podaje przykład psychozy maniakalno - depresyjnej, z jej fazą depresyjną związaną z samooskarżeniem oraz z fazą maniakalną o tendencji przeciwnej. Fazę maniakalną uważa referent za fazę obronną przeciwko silnemu napięciu winy. Można ją stwierdzić nie tylko w psychozie maniakalno - depresyjnej, ale w stanach granicznych. Ta postawa obronna jest jednym z objawów nieprzystosowania w naszej cywilizacji.

Najwłaściwszą akcją przeciw poczuciu winy jest akcja wychowawcza i profilaktyczna w stosunku do poczucia winy u dzieci. Najważniejszą sprawą jest tutaj zapobieganie rozłamom w życiu rodzinnym, które powodują w dziecku chorobową ambiwalencję. Rozłam domowy istnieje już wtedy, kiedy jedno z rodziców używa afektacji dziecięcej, jako broni ofensywnej i defensywnej, przeciwko drugiemu z rodziców.

3. Wina zbiorowa.

Zagadnienie w sposób podstawowy ujmują dr Margaret Mead, kurator etnologii Amerykańskiego Muzeum Historii Naturalnej i dr Kryjgers Jansen, psychiatra z Hilversum. Dr Mead rozpatruje zagadnienie winy zbiorowej z punktu widzenia porównawczego studium kultur. Stanowiska etyczne i prawne są tutaj tylko aspektem problemu kultury. Wina u indywiduum może być uważana za uwewnętrznienie, oczekiwanie i sankcję, w których osobnik odczuwa, w sposób antycypacyjny lub retrospektywny, rodzaj kary kiedyś doświadczanej i możność zadania sobie cierpień, sprawianych mu kiedyś przez rodziców lub ich zastępców.

Klasycznym przykładem — według psychoanalityków — formowania się charakterów średniej klasy protestantów i żydów w Europie (w oparciu o obserwacje pacjentów), jest ocena pewnych aktów,

myśli i życzeń jako absolutnie złych, jako złych samych w sobie. Ten typ zawiera analogie ustosunkowania się do bóstwa, postawę sprzeciwu i walki z każdym autorytetem, który poleca wykonanie aktu złego w swej istocie. Obywatel brytyjski, amerykański czy skandynawski, religii protestanckiej czy żydowskiej, ma poczucie odpowiedzialności za naród, klasę, miasto, a to dlatego, że wybiera tych, którzy rządzą. Obywatel angielski będzie odpowiedzialny za wojnę boerską, a Amerykanin będzie miał poczucie winy za wojnę hiszpańsko - amerykańską, ponieważ ich indywidualne świadomości potępiły daną wojnę. Postawa ta jest aktywna, a nie tylko wyrazem abstynencji od tzw. grzechu.

Kultura Indian północno i południowo - amerykańskich była oparta na wstydzie jako sankcji, tzn., że dziecko odczuwało nie strach przed utratą miłości lub przed karą ze strony rodziców, ale strach przed dezaprobatą całej grupy. Zakorzenienie tych mechanizmów już od wieku dziecięcego było tak silne, że w wielu wypadkach Indianin dorosły popełniał samobójstwo w obawie przed narażeniem się opinii. U Polinezyjczyków taką sankcję stanowi poczucie dumy z zastosowania się do wymagań grupy. W systemie kultury japońskiej obawa kary jest ściśle związana z identyfikacją siebie z grupą, ale nie zawiera odpowiedzialności za treść postępowania grupy. Odpowiedzialność u Japończyków ogranicza się do posłuszeństwa prawom, do lojalności i poczucie winy może się obudzić w wypadku konfliktu między kilku lojalnościami.

Wydaje się, że w Niemczech czynnikiem dominującym jest powinność wykonania zadań obowiązujących, poleconych, bez pytania o wartość wewnętrzną lub konsekwencję aktu, który się spełnia.

W konkluzji podać należy, że poczucie winy, jako funkcji związanej z odpowiedzialnością zbiorową, łączy się po prostu z formą struktury społecznej i że należy się liczyć z różnicą kultur pod tym względem.

Przy rozważaniach psychoterapeutycznych należy wziąć pod uwagę zagadnienie dezorientacji indywiduum, która powoduje trudność poważniejszych prób zmiany w strukturze odpowiedzialności politycznej, tzn. w stosunku indywiduum do autorytetu.

Drugi z referentów (dr Kryjgers Jansen) rozpatruje porównaw-

czo winę zbiorową i indywidualną z punktu widzenia psychologii rozwojowej. Winę rozumie jako niepowodzenie, jako upadek w realizacji wartości. Empirycznie wyróżnia trzy strefy wartości: biologiczną, socjalną i duchową. W pierwszej — wartość jest doskonałością biologiczną, a poczucie winy może się przejawiać jako wstyd (np. przy słabości, brzydocie). W sferze społecznej chodzi o wartość stosunku z innymi (miłość i indentyfikacja z jej przedmiotem). W sferze duchowej wina jest wyrazem pracy świadomości, niezadowolenia z realizacji postawionej sobie hierarchii celów.

Stosunki grupowe należą w większości przypadków do sfery biologicznej i społecznej. Znajdujemy w stosunkach narodowych wstyd, upokorzenie, narcyzm, nienawiść rodową, postawy prestiżowe. Z drugiej strony spotykamy agresję i kontragresję ze wzajemnymi wymówkami i usprawiedliwieniami. Nie ma tutaj praktycznie wspólnego ideału. — Wina zbiorowa w sferze duchowej jest możliwa wyłącznie przy posiadaniu ideału zbiorowego, ale i tutaj wina będzie w pewnym sensie zjawiskiem indywidualnym.

4. Postępy terapii indywidualnej i grupowej.

Podstawową zdobyczą terapii jest tzw. „krótka terapia". Według d-ra Terhune (dyrektor Fundacji „Silver Hill", New Canan, Con.) psychiatria, w ciągu ostatnich dziesiątków lat, została włączona do medycyny jako jej część integralna. Doświadczenia ostatnich lat, postęp medycyny psycho - somatycznej, zdobycze w biologicznym leczeniu chorób psychicznych, postępy w psychologii klinicznej oraz warunki wojenne, zmuszające do kompletnego i szybkiego postępowania z pacjentami psychiatrycznymi, doprowadziły do stworzenia krótkiej psychoterapii, którą zainicjowali w Ameryce: Mayer, Salmon, Riggs, Strecker, a ostatnio Aleksander. Salmon i Riggs nazwali tę psychoterapię reedukacją, Aleksander — krótką psychoterapią. Ta forma psychoterapii lekarskiej jest zarówno wartościowa w związku z formalną psychoanalizą, jak i bez niej. Lekarze, używający tego typu leczenia stwierdzili, że jest ono podstawowe i daje rezultaty trwałe. Wielu analityków o stanowisku formalnej psychoanalizy ustosunkowało się do niej krytycznie, jako do terapii niewystar-

czająco pogłębionej, a nawet niebezpiecznej. Mimo tej częściowej krytyki, krótka psychoterapia zdobywa coraz bardziej teren. Oczywiście stosujący krótką psychoterapię musi być wyszkolonym psychiatrą, zapoznanym z chorobami somatycznymi i z nauką o środowisku. Co najmniej dwa lata treningu są wymagane od psychiatry dla wyszkolenia się w podstawowej technice krótkiej psychoterapii.

Krótka psychoterapia ma szerokie pole do zastosowania. Stosuje się ją do psychonerwic, zaburzeń psycho - somatycznych, niezłośliwych form psychopatycznych, alkoholizmu, lżejszych form narkomanii, trudności małżeńskich, problemów starzenia się, lżejszych form reakcji antyspołecznych i w stosunku do pacjentów cierpiących na niektóre schorzenia organiczne. Terapia taka jest także pomocna w stosunku do rekonwalescentów po psychozach oraz w stosunku do osób wymagających opieki po terapii wstrząsowej.

Krótka psychoterapia może być używana z wynikami w poradniach, w związku z grupową terapią w szkołach i innych instytucjach oraz w prywatnej pracy. Skombinowanie metody analitycznej i reedukacyjnej daje rezultaty lepsze, aniżeli każda z nich z osobna.

Jeżeli idzie o zagadnienie terapii grupowej, panują tutaj wśród specjalistów duże różnice co do kierunku, celu, zakresu i techniki. Jest to jednak dziedzina wchodząca, jako żywotny teren higieny psychicznej, w praktykę psychiatryczną, psychologiczną i społeczną. Terapia grupowa była od wieków realizowana, np. w związkach charytatywnych, religijnych w stosunku do członków tych towarzystw, potem w towarzystwach społecznych, sportowych i innych. Opieka pozazakładowa nad psychicznie chorymi realizuje w znaczniej mierze zasady terapii grupowej. Wywiad psychologiczno - społeczny w rodzinach osób chorych odgrywa rolę terapii grupowej przez wpływ na środowisko chorego i próby przetwarzania środowiska szkodliwego na współleczące. Takie towarzystwo, jak „Alcoholicus Anonymus" w Ameryce, mające za zadanie w najsubtelniejszy i najmniej moralizatorski sposób pomagać grupowo alkoholikom, jest typową organizacją terapii grupowej. Również filozofia terapeutyczna Moreno, realizująca swoją terapię przez udział chorych w odgrywaniu scen psychologicznych, obrazujących ich mechanizmy chorobowe i tendencje do leczenia — należy do tego rodzaju terapii.

Na Kongresie podkreślono wagę wypracowanego stosunku do grupowego pacjenta. Położono nacisk na konieczność zmiany stosunku do terapii grupowej, który wyrażał się postawą „z braku czegoś lepszego“. Podstawową sprawą jest przygotowanie takiej formy leczenia grupowego, która byłaby naturalna i odpowiednia dla danego rodzaju grupy i dla danej sytuacji w grupie. W leczeniu grupowym wchodzi w zagadnienie wiele czynników anonimowych, czynników ogólnych, które są wypadkową poszczególnych postaw indywidualnych. Ważną jest sprawą nawiązanie kontaktu z grupą przez znalezienie w niej jednostek, które dałyby podstawę do nawiązania stosunku z całością.

Uwagi. W stosunku do drugiego głównego tematu Zjazdu, tzn. zagadnienia poczucia winy, uderza również nadmierne uwzględnienie punktu widzenia psychoanalitycznego oraz poświęcenie zbyt mało miejsca i czasu sprawie wartości rozwojowej, pozytywnej poczucia winy. Zbyt mocno podkreślono także stałość związku między agresją i poczuciem winy. Wiemy na przykład, że ruch narodowo-socjalistyczny posiadał jako podstawową cechę agresywność, natomiast małe na ogół poczucie winy. Co do zagadnienia winy zbiorowej, dobrze postawionego przez dr Mead, należy podkreślić, że jeżeli słuszne było stwierdzenie u przedstawicieli narodów i państw zachodnich odpowiedzialności indywidualnej — to za mało podkreślono słabe poczucie odpowiedzialności w stosunku do innych państw i narodów.

III. ZDROWIE PSYCHICZNE I OBYWATELSTWO ŚWIATA

1) Zagadnienie obywatelstwa świata i dobrych stosunków grupowych

2) Indywiduum a społeczeństwo oraz problemy rodzinne i zaburzenia psychiczne.

Oba wymienione problemy postawione zostały w bardzo szerokiej płaszczyźnie — międzynarodowej i społecznej. Główni referenci tych zagadnień (C. Binger z Cornell Uniwersity i Ch. Strasser z Zürichu) ujęli je zbyt ogólnie i teoretycznie. Ze względu na mało konkretny sposób ujęcia tematów poprzestajemy na ich wzmiankowaniu.

3) Higiena psychiczna w przemyśle i stosunkach przemysłowych

Według referentów tego zagadnienia, doradca psychologiczny czy psychohigienista weszli na teren fabryk po lekarzu, inżynierze pracy, doradcy organizacyjnym, asystencie społecznym. Jeszcze do ostatnich lat wejście to było przyjmowane nieufnie ze strony robotników, a jeszcze nieufniej ze strony pracodawców. Dla wielu nie jest jeszcze wiadome, po której stronie barykady stanie psychohigienista. Ostatnio sprawa ta została przez świat robotniczy wyjaśniona. Świadczy o tym podnosząca się coraz bardziej opozycja ze strony przedsiębiorstw. Zadania psychohigienisty to przystosowanie pracownika do jego pracy przy największej jego korzyści i zadowoleniu. Najważniejszym postulatem jest prawo człowieka do zadowolenia, wzrostu i rozwoju. Badanie psychologiczno-lekarskie indywidualne i zbiorowe, przystosowywanie do pracy, tworzenie takich warunków pracy, aby ona przynosiła zadowolenie — jest zasadniczym zadaniem psychohigieny.

4) Planowanie w zakresie zdrowia psychicznego

Dr T. Ferguson Rodger, profesor psychiatrii Uniwersytetu w Glasgow, mówił o organizacji, treningu i propagandzie i ich znaczeniu dla planowania w zakresie higieny psychicznej. Według referenta przyszłość higieny psychicznej zależy w dużej mierze od naszej znajomości teoretycznej i praktycznej dynamiki stosunków grupowych. W wychowaniu mas odczuwa się potrzebę organizacji, która by nie odgrywała tylko roli rekrutacyjnej i instrukcyjnej, ale dawała przykład działalności pożytecznej, otwartej dla wszystkich, doradczej. W tej dziedzinie mogą odegrać dużą rolę organizacje wolontariuszy, które mają dużą łatwość konkretnego kontaktu z masami i które mogą wziąć udział w zbliżeniu organów miejscowych i tworzyć warunki istotne dla polepszenia zdrowia psychicznego wszystkich.

Ważnym zagadnieniem wysuwanym przez referenta jest reforma postępowania przy przymusowym umieszczaniu chorych w zakładach; również podstawową sprawą jest poświęcenie większych

środków finansowych dla opieki i leczenia osobników z brakami umysłowymi. Jest stwierdzone, że w wielu ośrodkach dobrze zorganizowanych, osobnicy z brakami umysłowymi uzyskują warunki dające im zadowolenie, dzięki czemu mogą oni przynosić — w takich warunkach — duże korzyści społeczne.

Jeżeli chodzi o planowanie w zakresie zdrowia psychicznego, zwrócono specjalną uwagę na współpracę czynników indywidualnych, społecznych i państwowych, co przebiegałoby w kilku stadiach: 1) zainteresowanie obywateli, 2) związanie niespecjalistów ze specjalistami, 3) pomoc ze strony państwa dla wymienionej grupy przy konstrukcji planu psychohigienicznego ze specjalnym zwróceniem uwagi na opiekę i leczenie chorego umysłowo, zapobieganie chorobom umysłowym i polepszenie zdrowia psychicznego grupy społecznej, 4) następnym stadium byłoby ujęcie wyżej wymienionej grupy w mocną lokalną organizację z wyraźnym planem i kierownictwem. Wreszcie 5) opracowanie ścisłej współpracy między organizacjami państwowymi w zakresie higieny psychicznej i organizacjami typu wymienionego.

Uwagi końcowe.

Podczas ostatniego dnia obrad przemawiali przedstawiciele Światowej Organizacji Zdrowia (dr Chisholm), UNESCO (prof. Huxley), dr Oskar Forel (SEPEG), dr Alan Gregg, dyrektor Działu Nauk Lekarskich Fundacji Rockefellera, prof. Flugel z Uniwersytetu w Londynie (przewodniczący Komitetu Programowego), dr J. R. Rees, przewodniczący Kongresu i wielu innych.

Zarówno dr Chisholm, jak i prof. Huxley, podkreślili światową wagę ruchu higieny psychicznej i nauk psychohigieny w postępie ludzkości. Komitet programowy przygotował zręby prawne Światowej Organizacji Zdrowia Psychicznego, która ma zastąpić w formie szerszej i bardziej wypracowanej Międzynarodowy Komitet Higieny Psychicznej.

Głównymi celami tej organizacji jest akcja podniesienia zdrowia psychicznego we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, z rządami krajów i z organizacjami społecznymi. Do tej organizacji mają należeć wszystkie Narodowe Organizacje Zdrowia Psychicznego.

Delegacja polska złożyła swój wniosek w sprawie przeciwdziałania wojnie oraz zabierała kilkakrotnie głos w sprawach specjalnie interesujących Polskę.

Poza tym, na wniosek delegacji polskiej, uchwalono przesłanie życzeń pomyślnych obrad Kongresowi Intelektualistów we Wrocławiu.

DYSKUSJA

Dr K. HORWITZ-KANCEWICZOWA: Cechą charakterystyczną Kongresu Higieny Psychicznej w Londynie było to, że wszystkie tematy wiązały się z zagadnieniem wojny i pokoju. Jeżeli w pierwszej grupie referatów zajmowano się agresją, w drugiej — poczuciem winy, wreszcie w trzeciej — zagadnieniem obywatelstwa świata, to jasne jest, że dobór tematów nie był przypadkowy i że wiążą się one głęboko ze sobą.

— Mimo wyraźnej myśli przewodniej w doborze tematów kongresu, nie wszystkie referaty logicznie się ze sobą wiązały. Np. w referacie pt. „Udział psychologii i higieny psychicznej w przemyśle" słusznie, lecz bez należnego akcentu, zwrócono uwagę na to, że higiena psychiczna w przemyśle inaczej jest traktowana przez kapitalistę i robotników. Kapitalista odnosi się do niej nieufnie, ponieważ obawia się wprowadzenia przez nią do fabryki socjalizmu, robotnik zaś widzi w niej nowe źródło władzy kapitalisty.

— Z jednego z przytoczonych referatów (M. Mead) wynikało, że autorka zajmuje stanowisko, które byłoby na miejscu w roku 1943, ale nie jest na miejscu w roku 1948. Przeciwstawia ona mianowicie postawę Niemców i Japończyków postawie demokracji zachodnich — anglosasom. W rzeczywistości dziś demokracje zachodnie nie stoją w sprzeczności z obliczem psychicznym i politycznym Niemiec i Japonii. Naodwrót. Demokracje zachodnie, Niemcy i Japonię można przeciwstawić grupie państw demokracji ludowej ze Związkiem Radzieckim na czele. Pierwsze to państwa imperialistyczne, a zbliżenie polityczne państw anglosaskich do Niemiec dzisiejszych z faworyzowaniem b. hitlerowców stawia ich właśnie po jednej stronie barykady.

Udział delegacji polskiej w Kongresie miał specjalny sens i znaczenie. Podkreślił on, że Polska interesuje się tym, co może i powinna zrobić dla sprawy pokoju.

PROF. STEFAN SZUMAN

TYPOLOGIA UCZUCIOWOŚCI

I. Tradycyjnie odróżnia się tylko dwa „rodzaje“ (dwie jakości) uczuć: uczucia przyjemne i nieprzyjemne. Na tej podstawie nie podobna zbudować typologii uczuć, bo według niej można by podzielić ludzi tylko na takich, u których aktualizują się przeważnie przyjemne uczucia (nastroje i samopoczucia) i na takich, u których przeważają uczucia nieprzyjemne (oraz stany nastrojowe i samopoczuciowe tego rodzaju).

Zależnie od skłonności do zmiany nastroju, można jeszcze w tym zakresie odróżnić ludzi równych i zmiennych co do ich nastroju uczuciowego.

Zależnie od silnego lub słabego aktualizowania się przeżyć uczuciowych można w końcu rozróżnić ludzi silnie lub słabo uczuciowych, tj. w różnej mierze żywych i pobudliwych uczuciowo.

II. Język wyróżnia jednak nie tylko uczucia przyjemne i nieprzyjemne oraz silnie lub słabo przejmujące dany podmiot, lecz wyróżnia osobnymi terminami jakościowo różne stany uczuciowe, np.: wesołości, pogody, serdeczności, błogości, rozkoszy, swobody, ochoczości, równowagi, itp. oraz smutku, żałości, przygnębienia, zamrożenia, apatii, rozdrażnienia, lęku, bolesności itp.

W różnych stanach uczuciowych, samopoczuciowych (endogennych) czy też związanych ze świadomością przedmiotowo zorientowaną, introspekcyjnie daje się wyróżnić nie tylko „nastrój“ przyjem-

ny lub nieprzyjemny uczucia, lecz uczucie posiada poza tym zawsze jeszcze dodatkowy charakter tego rodzaju, że jako przyjemne jest raczej wesołe, albo raczej pogodne, albo raczej ciepłe i serdeczne, albo uniesione, albo raźne i ochocze itp., lub jako przeżycie zabarwione nieprzyjemnie, jest poza tym albo smutne, albo rozdrażnione, albo lękliwe, albo przygnębiające, albo bolesne, albo obrzydliwe, albo zamroczone itp. W danym stanie uczuciowym może występować kilka takich jakości równocześnie.

III. Tradycyjna psychologia uczuć obrała sobie jako punkt wyjścia teorii uczuć, reakcję uczuciową na wrażenia zmysłowe i spostrzeżenia (tzw. zabarwienie uczuciowe wrażeń i spostrzeżeń). Od uczuć tzw. prostych („zmysłowych") jako niższych, odróżniano tzw. uczucia wyższe, złożone i skomplikowane, a powstające zwykle na tle wyobrażeń, np. obawa przed czymś, nienawiść dla kogoś, próżność czyjaś itp. Na endogenne stany uczuciowe (tzw. bezprzedmiotowe nastroje i samopoczucia) zwracano mało uwagi, a w każdym razie nie liczono się dostatecznie z tym faktem.

Wiadomo, że nie ekstroceptywnymi podnietami spowodowane stany (zmiany) uczuciowe powstają zarówno przy intoksykacjach (alkohol, morfina, kokaina, kofeina, brom) jak w różnych zaburzeniach psychicznych organicznie uwarunkowanych. Istnieje endogenna *) apatia, endogenny lęk, endogenna wesołość (stan maniakalny), endogenne rozdrażnienie, endogenny wstręt hipochondryczny itp.; zmiany nastroju samopoczucia powstają także na tle hormonalnym w organiźmie, np. w okresie dojrzewania, w okresie klimaktycznym, itp.

Zdaniem moim fakt endogennego powstawania nastrojów i stanów samopoczuciowych ma dla teorii uczuć znaczenie podstawowe:

a) dlatego, że w tych stanach najwyraźniej się manifestuje podmiotowy charakter uczuć, jako stanów psychicznego podmiotu (Zustandsbewusstsein),

b) dlatego, że w tych stanach wyraziście dochodzą do świadomości owe jakościowe modyfikacje uczuć przyjemnych czy nieprzyjemnych, o których była mowa powyżej. One bowiem są podłożem

*) endogenny znaczy tu: nie spowodowany podnietami ekstroceptywnymi, a spowodowany podnietami proprioceptywnymi.

i jedną z przyczyn rozmaitości uczuć na różne przedmioty i sytuacje nakierowanych, o skomplikowanej budowie, jakie się wtórnie na ich podłożu rozwijają.

IV. Uczucia, jak wiadomo, są spolaryzowane, tj. są biegunowo przeciwstawne jako przyjemne lub przykre, wesołe lub smutne, rozkoszne lub obrzydliwe, chłodne lub ciepłe, pogodne lub zamroczone, żywe lub oschłe, itp.

Referent będzie się starał wykazać, że zjawisko polaryzacji występuje również w strefie doznań wrażeniowych i spostrzegawczych i że polaryzację uczuć można pojmować jako szczegółowy wypadek polaryzacji w ogóle, polegającej w swej istocie na tym, że dla podmiotu, z jego punktu widzenia (w jego podmiotowym przeżyciu), coś jest np. małe lub duże, ciepłe lub chłodne, ciężkie lub lekkie, jasne lub ciemne i również — analogicznie, choć w zakresie innej jakości, przeżycia przyjemne lub nieprzyjemne, rozkoszne lub obrzydliwe, wesołe lub smutne, pogodne lub posępne, serdecznie poruszające lub chłodem przejmujące itp.

V. Wrodzoną (konstytucjonalną) dyspozycję do aktualizowania uczuciowości o indywidualnie odrębnym charakterze nazywa referent u s p o s o b i e n i e m (Gemüt, thymos). Na typ usposobienia składa się poza stopniem pobudliwości i żywości uczuć oraz przeważającego (w habitualnej aktualizacji) dobrego lub złego nastroju, rozmaita struktura budowy usposobienia z wymienionych wyżej oddzielnych jakości, które w różny sposób mogą charakterystycznie tą lub ową jakością całe usposobienie zabarwiać.

Od usposobienia odróżnia autor t e m p e r a m e n t, jako konstytucjonalnie uwarunkowany sposób aktualizowania się dynamiki i energetyki, zarówno czynności zewnętrznych danej osoby (np. ruchliwość, intonacja głosu, szybkość lub powolność działania itp.), jak procesów wewnętrznych psychologicznych (np. tempo myśli, pobudliwość uczuciowa, napięcie dążenia etc.). Istnieje m. in. u każdego człowieka odmienny „t e m p e r a m e n t j e g o u c z u c i o w o ś c i“, czyli inny rodzaj pobudliwości, energetyki, napięcia, tempa etc., decydujący o przebiegu jego stanów uczuciowych, a szczególnie jego afektów.

VI. Na podstawie wyróżnionych podstawowych jakości usposobienia można, zdaniem autora, zbudować typologię uczuciowości.

W ramach referatu autor nie będzie jednak mógł przedstawić całego bogactwa typów uczuciowości, kształtujących się na podstawie wrodzonego usposobienia w ten sposób, że różne uczucia w doświadczeniu i w życiu znajdują swoje obiekty, wiążą się z nimi przywiązaniem, upodobaniem, namiętnością, biorą górę nad danym człowiekiem lub zostają opanowane itp. Są to liczne i trudne zagadnienia szczegółowej typologii uczuciowości, czekające na opracowanie.

DYSKUSJA

PROF. DR M. MICHAŁOWICZ, posługując się rysunkiem embriona, wyjaśnia rolę jaką spełnia układ sympatyczny i parasympatyczny w organiźmie ludzkim. Układ sympatyczny wydziela sympatynę, która kurczy naczynia krwionośne („dusiciel"). Układ parasympatyczny, wyrównując działanie układu poprzedniego, rozszerza naczynia przy pomocy wydzielanej acetylcholiny („wybawiciel"). Działanie obu układów wiąże się z układem wydzielania wewnętrznego („sos"). Układy te tworzą pomost między somą i psyche („most").

PROF. DR T. BILIKIEWICZ zwraca uwagę na konieczność opracowania słownika pojęć psychologicznych i psychiatrycznych. Brak takiego słownika powoduje częste nieporozumienia między psychologami i psychiatrami. Psychiatrzy mają możność obserwowania wielu zjawisk spotykanych u ludzi zdrowych i występujących zarazem wśród chorych, tylko z większym nasileniem, np. ambiwalencję uczuć, może nie dość podkreśloną przez prof. Szumana. Pewne zastrzeżenia wywołuje użycie przez prof. Szumana terminów temperament i usposobienie w różnym znaczeniu, gdy oznaczają jedno i to samo.

DR L. KORZENIOWSKI uważa, że stanowisko fizjologiczne w ujmowaniu uczuć jest słuszne. Ostatnie prace badawcze na polu fizjologii uczuć zajmują się zagadnieniem miejsca i przebiegu powstawania uczuć oraz ich wpływu na korę mózgową. Nowe metody lecznicze, które prowadzą do usunięcia zbytnich napięć uczuciowych, wnoszą bardzo wiele do fizjologii uczuć, przyczyniają się do wyjaśnienia mechanizmu ich powstawania.

Stacjami pierwotnymi, gdzie powstaje plazma uczuciowa są: wzgórze wzrokowe i podwzgórze. Leukotomia daje dobre wyniki tam, gdzie nadmierna produkcja afektów jest powodem zaburzeń psychicznych. Przecięcie połączeń między korą a wzgórzem wzrokowym i podwzgórzem, np. w manii, prowadzi do natychmiastowego uspokojenia.

W zaburzeniach z dziedziny wyobraźni, np. w urojeniach, również dały dobre wyniki tego rodzaju zabiegi. Te spostrzeżenia pozwalają ocenić rolę zjawisk afektywnych w procesach wyobrażenia, sądzenia itp. Praca psychiki zależy od napędu. Napęd jest warunkowany przez zespoły uczuciowe. Pochodzi ze stacji podkorowych. Bez napędu zjawiska uczuciowe byłyby niemożliwe. Obecnie można zmniejszyć napęd przy pomocy leukotomii. Uczucia występują często z pewnymi pojęciami i wyobrażeniami. Często czynnik uczuciowy od-

czepia się od wyobrażenia a dołącza się do tego samego wyobrażenia przeciwny czynnik uczuciowy. Powstaje wtedy częsty w psychiatrii stan — paratymia.

Co do terminów temperament i usposobienie, powstały tu pewne niedopowiedzenia. W świetle najnowszych badań za temperament uważa się zespół następujących cech: a) podstawowy nastrój uczuciowy, b) pewien sposób ekspresji zewnętrznej, c) tempo psychiczne, d) rodzaj przebiegu reakcji.

DR H. ZAJĄCZKOWSKI porusza sprawę mechanizmu powstawania uczucia (jako kompensacji) czy hiperkompensacji uczucia przeżywanego podświadomie. Zdolność do autopsychoterapii, to jedno z określeń zdrowia psychicznego. Tego rodzaju autopsychoterapię każdy z nas codzień uprawia. Wychowanie uczy nas pewnej gospodarki reakcjami, napięciami uczuciowymi. Osobnik jest zrównoważony, lub nie, w zależności od tego, czy potrafi prowadzić gospodarkę uczuciową.

Uczucia wyższego rzędu odgrywają wielką rolę w codziennej psychoterapii. Silna uczuciowość na poziomie niższym typuje człowieka na niedopasowanego do życia. Warunkami konstrukcji psychicznej człowieka wybitnego są: wybitny umysł, wąski teren zainteresowań, silne prądy dążeniowo-uczuciowe w sensie wyższym.

PROF. DR M. BORNSZTAJN, otwierając drugi dzień Zjazdu, a następnie nawiązując do referatu prof. Szumana uważa, że głównym terenem, na którym sprawować ma swe funkcje higiena psychiczna, terenem nie mającym żadnego odpowiednika po stronie somatycznej, jest teren uczuć i wzruszeń, najgłębszych i najistotniejszych przejawów duchowych. Rozwój uczuciowy dziecka powinien w badaniach psychologicznych Instytutu zajmować miejsce pierwszoplanowe, podczas gdy w Polsce główne zainteresowania pracowników skierowane są ku badaniom intelektu, oznaczeniu wskaźnika inteligencji najrozmaitszymi metodami. Tymczasem psychopatie młodzieńcze i dziecięce, z którymi mamy do czynienia, to dziedzina, gdzie nie chodzi o zaburzenia intelektu, który przeważnie bywa normalny, a często doskonały, ale o sferę uczuć i popędów. A stany te nie tylko są wrodzone lub odziedziczone, lecz stanowią często rezultat przebytych we wczesnym dzieciństwie psychonerwic, jak to wykazały dowodnie badania (głównie szwajcarskich) psychiatrów dziecięcych. Psychopatie dziecięce mogą być uwarunkowane przez filogenezę i przez warunki środowiskowe, ale przede wszystkim mają swe źródło w rodzaju ontogenetycznym i o tym trzeba pamiętać zawsze, a nie poprzestawać na zwalczaniu szkodliwości zewnętrznych, na tworzeniu zakładów i szkół specjalnych, które raczej przydatne są dla dzieci upośledzonych w rozwoju intelektualnym, a nie dla dzieci psychopatycznych, na które znacznie większy wpływ mieć będzie bezpośrednie oddziaływanie psychologa wyszkolonego psychiatrycznie, lub psychiatry-psychologa. Ścisłe współdziałanie psychologa i psychiatry na terenie higieny psychicznej jest tym zasadniczym postulatem, podkreślanie którego nie będzie za częste.

Nawiązując ściślej do referatu prof. Szumana mówca stwierdza, że często trudno jest odróżnić przykrość i przyjemność. Znane jest np. zjawisko natręt-

nego powracania do tych samych sytuacji w życiu. Są ludzie, zdrowi zresztą, którzy stale i wytrwale dążą podświadomie do powtarzania takich samych, przykrych dla siebie sytuacji. Przykrość w tym wypadku jest jednocześnie wielką rozkoszą.

W sprawie terminologii: nie można temperamentu nazywać usposobieniem i odwrotnie, gdyż są to dwie różne rzeczy. Projekt ustalenia wspólnych terminów dla psychologów i psychiatrów jest piękny, ale niewykonalny.

W sprawie przemówienia dr Korzeniowskiego: neurofizjologia nie pozwala na wyprowadzenie tak daleko idących wniosków, jak twierdzą neurofizjologowie. „Mitologia mózgowa" nie daje wiedzy o psychice.

PROF. DR S. SZUMAN. Ustalenie wspólnego języka psychiatryczno-psychologicznego w zakresie terminologii jest konieczne. Wprowadzenie terminów psychiatrycznych do psychologii wzbogaciłoby język psychohigieniczny.

Istnieje różnica między temperamentem a usposobieniem, np. ktoś może mieć pogodne usposobienie a temperament powolny lub gwałtowny.

W sprawie zagadnienia akordów uczuciowych, dysonansów, uczuć mieszanych i ambiwalentnych: istnieje zabarwienie uczuciowe przyjemne i nieprzyjemne; nieprzyjemne jest coś czego nie przyjmuję, przyjemne — coś, co przyjmuję. Język wyraża fakt, że uczucia są reakcją podmiotową. Połączenie uczuć przyjemnych z nieprzyjemnymi zdarza się w wielu wypadkach, np. pewne wrażenia, nawet bolesne, wprowadzają nas w stan przyjemny, bo powodują pewne przeżycia uczuciowe. Nawet uczucia złożone i ambiwalentne są zjawiskami jednolitymi. Nie są dysonansem, ale akordem.

Doc. Dr med. ADOLF FALKOWSKI

ZABURZENIA PSYCHICZNE U DZIECI W ZWIĄZKU Z PRZEBYTYMI CHOROBAMI ZAKAŹNYMI

Choroby powstają, rozpowszechniają się, mają swój rozwój, nasilenie, wygasają, żeby po pewnym czasie pojawić się znowu. Rozpowszechnienie epidemii zależy od położenia geograficznego, od klimatu, gleby, pory roku, warunków zewnętrznych, natury czynnika chorobotwórczego podłoża czyli chorującego organizmu. Jedne epidemie grasujące po świecie (dżuma, trąd, cholera, ospa) zostały w znacznym stopniu przez człowieka opanowane i umiejscowione, inne są skutecznie zwalczane bezpośrednio (kiła, zimnica, błonica i inne).

Na przykładzie kiły możemy zademonstrować zmiany charakteru choroby. Przyjmuje się, że kiłę przywiozła do Europy ekspedycja Kolumba. Na początku, gdy nie umiano jej leczyć, a podłoże — organizm ludzki — nie było nastawione na obronę, szerzyła się ona w Europie w zastraszający sposób, występując przede wszystkim w postaci zmian w skórze i układzie kostnym. Wiadomości z owego okresu o schorzeniach kiłowych układu nerwowego w postaci zaburzeń psychicznych, nie posiadamy. Pierwszy opis przypadku porażenia postępującego pochodzi z końca XVIII stulecia. Wyodrębnienie porażenia postępującego jako jednostki chorobowej nastąpiło dopiero w 1822 r. przez Bayla. Porażenie postępujące miało wówczas inny charakter niż obserwowany obecnie, przeważała postać ekspansywna. Kto pamięta chorych na porażenie postępujące z przed

40 laty, lub zajrzy do opisów tej choroby jeszcze dawniejszych, ten łatwo się przekona, jak różny jest obraz obecnego porażenia postępującego od obrazu klasycznego. Uwzględnić musimy, że lecznictwo zostało wzbogacone przez stosowanie malarii, przybył salwarsan, bizmut. — Wiemy, że porażenie postępujące występuje w jednych miejscowościach częściej, w innych — rzadziej. Południowe Włochy, Arabia były, pomimo rozpowszechnienia kiły, oszczędzane przez porażenie postępujące i tabes, dopiero od kilkudziesięciu lat porażenie postępujące zaczęło się tam pokazywać. Kiła, natrafiając na nietknięte podłoże nabiera powinowactwa neurotropowego dopiero gdy rozpowszechni się w danej miejscowości i grasuje przez szereg lat. Czy zmiany obrazu i charakteru kiły należy przypisać zmianie biologii krętka, czy zmianie podłoża — organizmu ludzkiego — lub nowym sposobom leczenia, nie jest dostatecznie wyjaśnione.

Inny przykład — grypa. Gagliardi w 1733 r. opisał przypadki nowej nieznanej choroby, nieco później Rosoux nazwał ją małą dżumą, a Sauvages pierwszy użył terminu grypa. W 1743 r. Pringler przemianował tę jednostkę na influenzę. Grypa, choroba wywołana przesączalnym zarazkiem typu A lub B, występuje pandemicznie, porażając ogromny procent ludności. Pandemie powtarzają się co 25 — 40 lat i trwają po kilka lat. W okresie dzielącym największe nasilenia, powstają drobniejsze epidemie, w międzyczasie sporadyczne przypadki. Cechą charakterystyczną tej choroby jest, że uczula ona ustrój i ogromnie obniża siły odpornościowe organizmu, czyni go podatnym do zapadania na inne choroby zakaźne, komplikuje i pogarsza ich przebieg i rokowanie, podnosi śmiertelność. W 1915 r. wybuchła i rozpowszechniła się po całym świecie wielka epidemia grypy. Wśród chorych obserwowano liczne przypadki schorzeń mózgowych. Cruchet podał opis przypadków choroby mózgowej pod nazwą encephalomyelitis diffusa z lat 1915 — 16. Economo w latach 1916 — 17 obserwował przypadki i wyodrębnił jednostkę chorobową encephalitis lethargica, nagminne zapalenie mózgu. Wieloletnie dociekania doprowadziły do wniosku, że nagminne zapalenie mózgu nie jest postacią grypy ani jej komplikacją, lecz jest jednostką samodzielną, jest chorobą wirusową. Grypa stwarza jedynie podatne podłoże, na którym rozwija się zapalenie mózgu, uczula ona organizm.

Choroby wirusowe tworzą odrębną grupę wśród chorób zakaźnych układu nerwowego. Wirusy są to drobne twory, przesączalne przez filtry Chamberlanda, Berkefelda i inne, do niedawna były niewidzialne, dopiero zawdzięczając mikroskopowi elektronowemu można je obecnie fotografować. Są to ciała o kształcie kryształów, podłużne lub okrągłe, rozmnażają się przez podział. Wirusy są wybredne na wybór nosiciela, są ściśle związane z określonym podłożem. Niektóre z nich rozmnażają się jedynie w ciele ludzi, jakiegoś gatunku zwierząt lub roślin. Z trudem udaje się niektóre z nich przenieść na inne, niż im właściwe, podłoże, np. z człowieka na zwierzę. Niektóre udało się wyhodować na błonach płodowych jaja kurzego. Natomiast nie udało się dotychczas wyhodować na buljonie, żelatynie, agarze i innych pożywkach. Jedne wirusy mają powinowactwo i rozmnażają się na błonie śluzowej, inne w skórze (dermotropowe), inne w drogach oddechowych (pneumotropowe) lub w układzie nerwowym (neurotropowe) — zapalenie rogów przednich (choroba Heine Medina), wścieklizna, nagminne zapalenie mózgu (choroba Cruchet — Economo), półpasiec i inne. Umiejscawiając się w jednych narządach, wywołują reakcje całego organizmu. Niektóre wirusy neurotropowe raz tylko jeden ujawniają swoje działanie chorobotwórcze w organiźmie nosiciela. Po przebyciu choroby powstaje trwała odporność (np. przy zapaleniu rogów przednich), natomiast grupa zostrów, półpasiec dają częste nawroty. Środki chemiczne, zabijające bakterie, nie działają na wirusy. Wirus choroby Heine Medina (zapalenie rogów przednich, polimyelitis anterior) przebywający i rozwijający się samoistnie jedynie w ciele ludzkim, udało się przeszczepić małpom i jednemu gatunkowi szczurów. Komórki, w których lub w pobliżu których przebywają wirusy, reagują różnie: jedne w postaci zmian w plaźmie, inne w jądrze. Zależnie od budowy i przemiany białkowej wirusa i tkanki gospodarza ustala się charakter i przebieg procesu chorobowego. Wirus choroby Heine Medina poraża komórki rogu przedniego rdzenia, wirus wścieklizny wytwarza ciałka Negriego najliczniej w rogu amona (stałym nosicielem jest tu ustrój psa). Niezależnie od tego jaką drogą wirus przedostanie się do organizmu, zawsze powinowactwo do określonej okolicy układu nerwowego decyduje o charakterze procesu chorobowego. Wirusy neurotropowe porażają przede

wszystkim istotę szarą układu nerwowego. Odróżniamy pierwotny proces degeneracyjny miąższowy i wtórny odczyn ekto - i mesodermalny (glej i tkanka łączna). Rozprzestrzenienie się procesu chorobowego w postaci reakcji tkanki glejowej i łącznotkankowej ma pewien stały charakter. Zajęcie opon zależy od tego, czy proces chorobowy przebiega w ich pobliżu, czy dalej i nie poraża ich. Jedne choroby wirusowe prowadzą w szybkim tempie do śmierci, inne mają przebieg poronny, niektóre przebiegają niepostrzeżenie. Obserwacje i doświadczenia nad zapaleniem rogów przednich pozwalają wnioskować, że liczba poronnych i przebiegających niepostrzeżenie przypadków zapalenia rogów przednich jest znacznie większa, niż rozpoznanych klinicznie i pozostawiających stałe skutki w postaci porażeń i przykurczów. W chorobie Heine Medina komórki ruchowe rogów przednich zostają uszkodzone w pierwszych tygodniach choroby, następuje porażenie kończyn. Po 3 — 4 tygodniach rozpoczyna się proces cofania objawów, ruchy jednych mięśni wracają, inne pozostają porażone. Zostało ustalone przez Gildemeistera, że krew osobników, którzy przechorowali na nagminne zapalenie rogów przednich, szczególnie w postaci lżejszej, gdzie wystąpiły jedynie objawy oponowe bez porażeń, zawiera najwięcej przeciwciał. Mniejszą ilość przeciwciał zawierała krew rekonwalescentów z porażeniami i osobników, u których wogóle nie obserwowano żadnych objawów choroby. Okazało się, że liczba osobników, którzy nigdy nie chorowali, lecz krew ich zawiera ciała odpornościowe, jest bardzo duża, czyli że choroba Heine Medina zdarza się znacznie częściej, niż zostaje rozpoznana — okres ostrej choroby przechodzi nie dając widocznych objawów, niepostrzeżenie.

Wiemy, że skutki przebytego nagminnego zapalenia mózgu w postaci objawów pozapiramidowych występują po latach, od chwili przebycia okresu ostrego. W tym okresie nasilających się objawów chorobowych zostały stwierdzone, w wypadkach zejścia śmiertelnego, zmiany i ogniska w tkance nerwowej, odpowiadające ostremu okresowi. Netterowi udało się wywołać u zwierząt objawy zapalenia mózgu, przeszczepiając na nie materiał pobrany od osobników z okresu nasilenia objawów chorobowych w przewlekłym przebiegu choroby. Stąd wypływa wniosek, że w nagminnym zapaleniu rogów przednich, proces wygasa w ciągu kilku tygodni, osobnik

przestaje być zaraźliwy, następuje cofanie się objawów choroby, natomiast w nagminnym zapaleniu mózgu proces chorobowy trwa długo, następują remisje, proces uspakaja się, staje się nieczynny i nieraz dopiero po latach rozpoczyna przejawiać swą żywotność. W bardzo wielu, nawet w przeważającej liczbie przypadków choroby Parkinsona, w tak zwanych „parkinsonismach“ i innych cierpieniach układu pozapiramidowego przyczyną jest zapalenie mózgu. Należy przyjąć, że ostry okres nagminnego zapalenia opon mózgowych przebiega w postaci poronnej lub całkowicie niedostrzegalnie, lub przebiega często jednocześnie z grypą, anginą lub innymi cierpieniami. Lekkie niedomaganie, ból głowy, bezsenność, poty, złe samopoczucie mogą manifestować poważne cierpienie.

O przebiegu choroby decyduje charakter wirusa, zmiany jakie zachodzą w tkance miąższowej, oraz reakcja ustroju na czynnik chorobotwórczy. Choroba wirusowa w ostrym okresie ujawnia się jako choroba szarej substancji, podczas gdy szlaki nerwowe pozostają w tym okresie nietknięte. Pierwszymi objawami schorzenia wirusowego są zaburzenia ze strony układu wegetatywnego: snu, czynności układu trawiennego, krwionośnego, oddechowego wydzielniczego. W późniejszym okresie występują objawy pozaprira-midowe lub piramidowe. Wirusy neurotropowe zaczynają działać jako czynnik chorobotwórczy jedynie wtedy, gdy zetkną się z tkanką nerwową. Do tkanki nerwowej wirusy dostają się przez sluzówkę dróg oddechowych, przewodu pokarmowego lub bezpośrednio przez krew. Przebyte zakażenia, osłabienia organizmu ułatwiają przedostanie się wirusa do ustroju. Wirusy są odporne na środki chemiczne i chemotermopeutyczne. Natomiast czynna odporność na drodze biologicznej może pobudzić organizm do walki skutecznej. Skuteczny wynik obrony organizmu otrzymano jedynie przy zwalczaniu wścieklizny, zawdzięczając temu, że szczepionka wścieklizny szybciej przenika do miejsca działania w układzie nerwowym i wcześniej wytwarza odporność w ustroju szczepionym, niż czynnik chorobotwórczy, przedostający się z miejsca zakażenia, czyli miejsca pogryzienia. Choroby wirusowe mają zazwyczaj szeroki zasięg, drogi ich rozprzestrzeniania nie są dokładnie znane, zarazem nie porażają one całej ludności, przebiegają często w postaci poronnej, a nawet niedostrzegalnie dla osobnika i otoczenia.

Komplikacje ze strony układu nerwowego w postaci zapalenia opon i mózgu spotykamy w przebiegu wielu chorób zakaźnych: odry, ospy, różyczki, ospy wietrznej, zapalenia płuc. Na szczególną uwagę zasługuje zapalenie opon mózgowych i mózgu po szczepieniu ospy.

W 1796 r. Jenner uszczęśliwił ludzkość odkryciem szczepienia ochronnego ospy, ratując w ten sposób miliony ludzi od śmierci i okaleczenia. Odkrycie Jennera umożliwiło opanowanie jednej z najgroźniejszych chorób zakaźnych. Szczepienie ospy jest powszechnie uważane za całkowicie bezpieczne, a szczepienie we wszystkich prawie krajach jest przymusowe. Zdarzają się jednak bardzo nieliczne w porównaniu do ilości szczepień przypadki, że szczepienie powoduje zapalenie opon mózgowych lub mózgu. W XIX stuleciu liczba przypadków była minimalna. W latach 1925 — 1929 epidemia szczepienna ogarnęła cały świat.

Choroba rozprzestrzenia się bardzo nierównomiernie. Najwięcej przypadków zanotowano w Europie, drugie miejsce zajmuje Ameryka, podczas gdy komunikaty z Afryki, Azji i Australii są nieliczne. Wylęganie choroby trwa nie wszędzie jednakowo: w Aglii obliczają przeciętnie 7 — 9 dni, w Niemczech 10 — 12, w Holandii 9 — 13. U powtórnie szczepionych inkubacja trwa krócej. Choroba daje zawsze objawy oponowe, drgawki, bóle głowy, wymioty, zaburzenia świadomości; obraz zaburzeń psychicznych jest niejednolity. Śmiertelność według statystyk angielskich wynosi 46%, holenderskich 30,8%, niemieckich 35%. Śmierć następuje czasami odrazu podczas napadu drgawek, lub 2 — 4 dni od chwili wybuchu choroby. Komplikacje przebytej choroby występują w 6 — 10%, rocznie w różnych miejscowościach, w postaci zaburzeń psychicznych, upośledzenia intelektu, mowy, porażeń połowicznych lub częściowych porażeń układu pozapiramidowego, ruchów pląsawiczych, drgawek.

Zagadnienie, dlaczego szczepiona ospa, która przez 100 przeszło lat dawała ze strony układu nerwowego niezmiernie rzadkie komplikacje, notowano w tym czasie pojedyńcze tylko przypadki, nagle staje się złośliwa i wywołuje liczne schorzenia układu nerwowego, usiłowano rozstrzygnąć w różny sposób:

1. Powstała koncepcja, że sam wirus chorobowy zawarty w szczepionce jest przyczyną powikłań. Jednakże nie udało się, po-

mimo licznych eksperymentów, wywołać na zwierzętach powikłań ze strony układu nerwowego. Badania zmuszają jednak do przyjęcia, że przyczyny komplikacji ze strony układu nerwowego należy dopatrywać się w samym wirusie, lecz nie jako w swoistej przyczynie chorobotwórczej, lecz jako w bodźcu działającym uczulająco, wywołującym odczyny uodpornienia i obrony organizmu.

2. Szukano w szczepionej limfie zanieczyszczeń bakteryjnych. Pondman znalazł bakterie należące do grupy pasteurella w ciele osobnika szczepionego i w limfie. Okazało się jednak, że kontrolowana całkowicie jałowa, wolna od zanieczyszczeń limfa dawała komplikacje ze strony układu nerwowego. Niezrozumiałe jest dlaczego tylko nieznaczna ilość szczepionych osobników reagowała w postaci komplikacji ze strony układu nerwowego, napewno byłyby one znacznie częstsze, gdyby szczepionka zawierała zanieczyszczenia w postaci zarazków chorobotwórczych.

3. Przypuszczano, że czynnik chorobotwórczy znajdował się w organizmie przed szczepieniem, choroba została zmobilizowana przez szczepienie. Mamy pewne analogie, które mogą służyć jako poparcie tej hipotezy. Wiemy, że odra, grypa mogą mobilizować komplikacje w postaci zapalenia płuc, gruźlicy. Dotychczas nie udało się wykryć zarazka, co do którego można by było przypuszczać, że wywołuje zapalenie układu nerwowego po szczepieniu ospy.

Nagminne zapalenie mózgu (encephalitis epidemica, encephalomyelitis diffusa (Cruchet), encephalitis lethargica (Economo). Epidemie zapalenia mózgu opisał już Sydenhem w latach 1673—1675 *). Spotykamy się z opisem epidemii z roku 1712 w Tubindze. Pośrednie dane o chorobie zapalenia mózgu zawdzięczamy obserwacjom Parkinsona, który w 1818 r. opisał jednostkę chorobową paralisis agitans. Za istotną i najczęstszą przyczynę wywołującą chorobę Parkinsona musimy również uznać nagminne zapalenie mózgu. Sam Parkinson zaobserwował w swoim życiu tylko 6 przypadków choroby zwanej jego imieniem. Późniejsze wzmianki Charcota i innych są nieliczne. Stąd możemy wnosić, że nagminne zapalenie mózgu było chorobą rzadko spotykaną. W 1915 r. wybuchła epidemia nagminnego zapalenia mózgu, towarzysząca grypie. Pierwsze wzmianki pochodzą od

---

*) Historyczne dane podaję za Pettem.

Crucheta w Paryżu, opisał on przypadki jako encephalomyelitis diffusa. Wyczerpujący obraz jednostki chorobowej encephalitis lethargica dał w 1917 i 1928 r. Economo. U nas gruntowny opis choroby podał Pieńkowski.

W nagminnym zapaleniu mózgu, jeżeli jest ono rozpoznane, stwierdzamy na początku objawy ze strony układu wegetatywnego. W następnym okresie występują objawy chorobowe ze strony układu pozapiramidowego. Zmiany w psychice dają się zauważyć niekiedy na samym początku choroby. Po ustąpieniu objawów chorobowych cielesnych, rozwój zaburzeń psychicznych trwa. Widzimy tu cały szereg postaci przejściowych, od bardziej wyraźnych, aż do ledwo dostrzegalnych odchyleń od stanu prawidłowego. W ostrym okresie choroby dziecko zaczyna zdradzać objawy zakłócenia równowagi psychicznej, brak inicjatywy, pozostaje długo bez ruchu nie zmieniając pozycji. Zamierzonej czynności nie wykonuje, gubi się w sytuacji. Ubóstwo ruchów, twarz bez wyrazu, mimika sztywna, mowa zahamowana, monotonna. Upośledzone są popędy, wzruszeniowość, czynności psychiczne, zarówno dowolne jak i automatyczne. Ostry okres choroby mija nie pozostawiając na razie następstw ani cielesnych, ani psychicznych lub pozostawia zmiany charakteru, postępowania oraz zaburzenia czynności układu nerwowego. Może następnie wystąpić w postaci nasilającego się cierpienia, zwanego stanem „poencefalitycznym“, „parkinsonizmem“.

Nie będy tu omawiał postaci cięższych zaburzeń psychicznych, jak również przebiegu choroby. Ograniczę się do omówienia lżejszych postaci, w których zaburzenia psychiczne występują w związku z ustalonym lub przypuszczalnie przebytym nagminnym zapaleniem mózgu. W 1922 r. Bonhoeffer zwrócił uwagę, iż należy odróżniać objawy poencefalityczne u dzieci od takichże objawów u dorosłych. Przyczyna różnic w przebiegu choroby zapalenia mózgu u dzieci i dorosłych leży wg. Bonhoeffera w różnicy rozwoju mózgu, mianowicie jego części starszych i młodszych. W okresie rozwoju mózgu powstają hamulce, kierujące życiem popędowym, jeżeli siły hamujące zostaną naruszone, reakcje wyładowują się samorzutnie, bez należytej kontroli. Dotychczas zdrowe, dobrze rozwijające się dziecko, nie sprawiające żadnych trudności w wychowaniu zmienia się gruntownie .Okres pomiędzy zmianą charakteru i przypuszczalną chorobą

mózgu może trwać kilka lat. Dziecko staje się nieopanowane, nieposłuszne, niegrzeczne. Na pierwszym planie znajduje się niepokój i wspomniany pęd do wyładowania się. Nieraz rozwój choroby na tym się zatrzymuje. Dziecko dużo mówi, robi miny, wykrzywia się, zatraca spokój ruchowy. Niepokój i wewnętrzne napięcie wyładowuje się w postaci bezcelowego postępowania. Dziecko biega z kąta w kąt, nie może skupić uwagi dłużej niż przez chwilę. Uwaga przeskakuje z przedmiotu na przedmiot. Próba zwrócenia uwagi w jednym kierunku wzmaga podniecenie. Nastrój staje się zmienny — dziecko wesołe, grzeczne, uprzejme po chwili staje się podrażnione, gwałtowne, wrogo nastawione do otoczenia, agresywne. Zmienia się wyraz twarzy i oczu. Dziecko niszczy przedmioty, bije bez powodu, kaleczy się, bijąc się po twarzy pięściami, uderza głową o ścianę, drapie się, gryzie samo siebie. Czasami ruchy mają charakter atetotyczny lub choreatyczny. Zaburzenia oddechu, zatrzymanie go przez dłuższy czas, chrapanie, sapanie, tiki mięśni twarzy dają się często zauważyć w stanach cięższych. Należy tu podkreślić, że najgłębsze zaburzenia charakteru występują u dzieci, które ostry okres choroby przebyły lekko lub niepostrzeżenie. Nagminne zapalenie mózgu czasami nie poraża strony intelektualnej wcale, czasami poraża nieznacznie, w niektórych przypadkach bardzo ciężko. Im wcześniej dziecko zachorowało na zapalenie mózgu, tym częstsze są zaburzenia intelektu (2 — 7 lat). W wieku przekraczającym 8 lat przeważają zmiany charakteru. Pomimo wielopostaciowości, obraz psychiczny daje się wyodrębnić, a rozpoznanie postawić nawet tam, gdzie ostry przebieg choroby miał charakter poronny i nie był rozpoznany. Podczas gdy w chorobie dorosłych reakcje psychiczne i cielesne mają charakter ociężały i powolny (zwolnienie ruchów), u dzieci charakterystyczny jest wzmożony niepokój ruchowy, brak możności panowania nad sobą. Zmiany psychiczne u dzieci z powyższymi zaburzeniami powodują, że pęd do wyładowania się jest pierwotnym dążeniem, pozbawionym planu i celu. Stan niezadowolenia, niepokoju, napięcie, wzmagają pęd do wyładowania się czynów przymusowych. Czasami dzieci zwracają się do otoczenia ze stereotypowymi pytaniami i prośbami, domagają się czegoś, nieraz rzeczy niewykonalnych i bezsensownych. Dziecko uczy się najbardziej obelżywych i ordynarnych słów, z którymi zwraca się do otoczenia; szczególną skłonność mają dzieci do

kłamstwa i kradzieży, często bezcelowych i nieuzasadnionych. Dziecko staje się nieznośne w domu, w szkole i wszędzie, gdzie się znajduje, staje się aspołeczne i antyspołeczne. Wytwarzają się cechy charakteru, które zostają ocenione jako cechy „nerwicowe", „psychopatyczne", „neuropatyczne"; psychoanalitycy doszukują się urazów „seksualnych". Powstają przedwczesne zainteresowania płciowe, onanizm, skłonność do zaspokajania popędów płciowych na drodze homoseksualnej. Popędowość jest tak silna, że dziecko musi postępować zgodnie z nakazem, zdaje sobie przy tym sprawę, że postępuje wbrew zasadom, które zostały mu wpojone i zgodnie z którymi chciałoby postępować. Częstym objawem jest zaburzenie snu. Dziecko źle sypia w nocy, jest natomiast senne i często zasypia w ciągu dnia. W nocy sen jest niespokojny, dziecko zrywa się, przewraca. Znacznie częściej spotykamy postacie lżejsze, często monosymptomatyczne.

U dzieci z trudnościami w wychowaniu spotykamy nieraz, jako jedyny objaw, uporczywą chęć do nauki, kapryśność, zmienność nastroju, skłonność do wędrówek i ucieczek z domu, ze szkoły, wybuchowość, nieopanowanie, skłonność do kłamstwa i kradzieży.

Streszczając się należy powiedzieć, że podstawowymi cechami psychiki dziecka po przebytym zapaleniu mózgu jest niemożność dostosowania się do życia zbiorowego, do życia w grupie, antyspołeczne postępowanie; czyny automatyczne, przymusowe, przeżywane przez osobnika jak coś, co jest konieczne lecz obce, narzucone; nieopanowanie popędów.

W obecnym stanie wiedzy nie mamy sposobów wpływania na przebieg nagminnego zapalenia mózgu i leczenia przyczynowego. Jedynie w ostrym okresie choroby możemy, pobudzając siły obronne organizmu, podtrzymywać go w walce z chorobą. Po ustąpieniu ostrych objawów, leczenia przyczynowego nie znamy. Pozostaje jako jedyny sposób leczenia wychowanie i psychoterapia.

Stajemy wobec zagadnienia wywoływania eksperymentalnego zaburzeń psychicznych u zwierząt i powiązania tych zaburzeń z zaburzeniami psychicznymi u ludzi. Barukowi udało się eksperymentalnie ustalić u zwierząt zależność zaburzeń psychicznych od zakażenia. Uczulał on zwierzęta, szczepiąc materiałem gruźliczym, następnie wstrzykiwał pod skórę płyn mózgowo - rdzeniowy osobników psychi-

cznie chorych. Otrzymywał przy tym reakcje w postaci katatonii, napadów epileptycznych, hiperkinezy lub reakcje skórne gruźlicze, albo znów zapalenie opon mózgowych gruźlicze. Baruk zwrócił się do badań doświadczalnych, stosując bakterie okrężnicy (bacterium coli).

W 1925 r. Vincent ustalił, że są szczepy bakterii okrężnicy produkujące endotoksyny mające powinowactwo z przewodem pokarmowym i wątrobą (entero - hepatotropowe) oraz egzotoksyny o powinowactwie z układem nerwowym (egzotoksyny neurotropowe). Nie wszystkie szczepy zawierają egzotoksynę neurotropową. Baruk otrzymał katatonie u zwierząt, stosując egzotoksyny neurotropowe, a jeszcze przed tym, razem z Jungiem, stosując bulbocapninę, otrzymywał obrazy katatonii.

Charakter katatonii doświadczalnej (bact. coli). Obserwujemy objawy: negatywizm, hiperkinezę, zaburzenia wegetatywne, katalepsję, impulsywność, reakcje wzruszeniowe. Poza stereotypowa, szyja zgięta, wyciągnięta. Porażeń nie ma. Kot zrzucony ze stołu pada na nogi, robi kilka kroków, znowu wraca do poprzedniej pozycji. Negatywizm jest czynny w przeciwieństwie do biernego, obserwowanego przy katatonii bulbokapninowej. U kota lub szczura w katatonii okrężniczej występuje sprzeciw przy próbach zmiany jego pozycji, gwałtowne ruchy kończynami lub mimiczne agresywne. Toksyna okrężnicy działa bardziej na psychikę, mniej na mięśnie, natomiast bulbokapnina powoduje stany tężcowe, działa tetanizująco, unieruchamiając zwierzę: ryby poruszają się powoli, żaba staje się bierna; u zwierząt wyższych występuje wyraźniejsza reakcja psychiczna, podniecenie, ruchy nieskoordynowane. — Katatonia doświadczalna zwierząt daje obraz bardzo zbliżony do katatonii ludzkiej.

Przy leczeniu katatonii surowicą przeciwokrężniczą udało się Barukowi usunąć jej objawy cielesne i psychiczne.

Mamy podstawy do przyjęcia, że niektóre zaburzenia psychiczne są pochodzenia bakteryjnego.

Przytoczę przy końcu obserwacje nad dziećmi, które przebyły gruźlicze zapalenie opon mózgowych i były leczone streptomycyną.

Dziesięcioro dzieci, badanych na Oddziale doc. Marynowskiej w szwedzkim sanatorium podzielić można na dwie grupy. Pierwsza, to dzieci, które po przebytym gruźliczym zapaleniu opon mózgowych nie wykazują żadnych zmian, ani zaburzeń, druga grupa

składała się z dzieci, u których po przebytej chorobie pozostały zmiany w postaci zaburzeń słuchu i wtórnie — zaburzeń mowy. Do pierwszej grupy można zaliczyć pięcioro dzieci w wieku 4 — 10 lat. Wszystkie te dzieci wykazują inteligencję w granicach normy. Iloraz inteligencji badany przy pomocy skali Bineta - Termana wahał się w granicach od 104 do 88, przy czym dziecko, które wykazało najniższy iloraz jest zahamowane i onieśmielone, co niewątpliwie wpłynąć musiało na obniżenie ilorazu.

Pamięć u wszystkich dzieci była na poziomie ich wieku z wyjątkiem najstarszej dziesięcioletniej dziewczynki, która wykazała wyraźnie słabą pamięć, na poziomie zaledwie 7 lat. Z danych o dziecku z okresu przed chorobą nie wynika czy dziewczynka zawsze miała słabą pamięć, czy też zaburzenia wystąpiły po chorobie. Wszystkie dzieci wykazują duże zainteresowanie badaniami, pracują w skupieniu i uwadze, u wszystkich też zwraca uwagę bardzo powolne tempo myślenia i reagowania oraz szybko występujące objawy znużenia.

Druga grupa, to pięcioro dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy, badane skalą dla głuchoniemych Herderschego. Wyniki tych badań nie są w pełni miarodajne, gdyż dzieci od niedawna straciły słuch, nie są jeszcze nastawione na porozumiewanie się z otoczeniem gestami i słabo też reagują na mimikę. W każdym razie troje z tych dzieci wykazuje zupełnie normalną inteligencję (ilorazy: 106, 94, 90), jedno jest opóźnione w rozwoju około pół roku, jedno wyraźnie zahamowane w rozwoju. Jest to chłopczyk w wieku ponad dwa i pół lata, słyszy, lecz nie mówi. Rozwój jego w przybliżeniu odpowiada rozwojowi rocznego dziecka.

Badania psychologiczne przeprowadziła psycholog Z. Rzepkowa. Opisy chorób i wyniki leczenia doc. Marynowskiej były szczegółowiej podane na Zjeździe Pediatrów w Warszawie.

Kończąc swój fragmentaryczny referat streszczam myśl przewodnią:

Choroby mają własne życie, zmieniają swój charakter, nasilenie, rozprzestrzenienie.

W związku ze zmianą charakteru choroby, zmienia się charakter towarzyszących objawów psychicznych. W wieku XX obserwujemy na całym świecie znaczne nasilenie chorób układu

nerwowego na podłożu zakaźnym (nagminne zapalenie mózgu i opon mózgowych po szczepieniu ospy, po odrze, po grypie, po ospie wietrznej).

Epidemia nagminnego zapalenia mózgu z lat 1915 — 24 jest wywołana wirusem. Nagminne zapalenie mózgu przebiega bardzo często niepostrzeżenie, zarówno w okresach szerzenia się epidemii, jak i w okresach między nimi.

Istotną cechą zaburzeń psychicznych przy przewlekłym zapaleniu mózgu jest osłabienie hamulców psychicznych, nieopanowanie wzruszeń i postępowanie pod wpływem niepohamowanych popędów. Powstają trudności w życiu gromadnym, skłonności aspołeczne i antyspołeczne.

Obraz cierpienia jest niejednolity, obserwuje się przypadki od bardzo ciężkich do słabo dostrzegalnych, nieuchwytnych. Przewlekłe zapalenie mózgu jest często rozpoznane jako psychopatia, neuropatia, nerwica, nerwowość, oligofrenia, schizofrenia i inne.

Zapalenie mózgu poraża pierwotnie pewne okolice szarej substancji mózgu. Proces chorobowy może na tym ograniczyć się, może również, bezpośrednio po przebytym ostrym okresie, ogarnąć układ pozapiramidowy lub piramidowy. Proces chorobowy może spowodować zaburzenia psychiczne. Przewlekłe zapalenie mózgu może występować w postaci jedynie zaburzeń psychicznych lub cielesnych albo jednych i drugich jednocześnie.

W doświadczeniach na zwierzętach udało się ustalić związek pomiędzy działaniem czynnika chorobotwórczego, zakaźnego i zaburzeniami psychicznymi.

Nagminne zapalenie mózgu jest wielką klęską społeczną, porażającą przede wszystkim osobników w wieku dziecięcym, przekształcając i pacząc charakter dziecka.

DYSKUSJA

DR L. KORZENIOWSKI. Zmiany organiczne powstałe pod wpływem zewnętrznym działać mogą na psychikę albo przez uszkodzenie kory, albo ośrodków położonych niżej. Kora hamuje wiele przejawów życia uczuciowo-dążenio-

wego. Często po chorobie ta funkcja kory zanika. Z drugiej strony kora reprezentuje właściwości zaliczane do strefy charakteru. Uszkodzenie pewnych części kory pociąga za sobą zmiany w dziedzinie poczuć moralnych, etycznych, społecznych; są to raczej zmiany charakterologiczne, a nie psychotyczne. Dotychczas staliśmy na stanowisku nieodwracalności psychopatii, za wyjątkiem nielicznych przypadków oddziaływania wychowawczego. Obecnie zauważono, że pewne zabiegi na mózgu mogą odchylenia psychopatyczne prostować.

DR H. ZAJĄCZKOWSKI. Dość często u dzieci, które się zgłaszają do poradni dziecięcej Instytutu z powodu trudności wychowawczych i które klasyfikujemy jako dzieci dotknięte zaburzeniami charakterologicznymi bez wyraźnej etiologii przebytej choroby infekcyjnej neurotropowej, stwierdzamy dyskretne odruchy pozapiramidowe, przede wszystkim odruch koła zębatego. Nasuwa się przypuszczenie, że stwierdzane zmiany charakterologiczne i neurologiczne są ze sobą ściśle związane i że są wyrazem uszkodzeń układu nerwowego, spowodowanych przebyciem zwykłych chorób infekcyjnych dziecięcych, jak ospa wietrzna, płonica, odra, świnka — które jakkolwiek nie mają ścisłego powinowactwa z układem nerwowym, w tym poszczególnych wypadkach ten układ scałkowały. Zagadnienie to jest trudne do rozstrzygnięcia bez badań przeprowadzonych na materiale tysięcy przypadków, które mogłyby być przeprowadzone jedynie przy współpracy szeregu klinik i szpitali dziecięcych.

DR JAN JAROSZYŃSKI

NIEKTÓRE METODY PSYCHOLOGII KLINICZNEJ NA TERENIE PSYCHIATRII WIEKU DZIECIĘCEGO

Z metod psychologii klinicznej, mających zastosowanie w psychiatrii dziecięcej, zatrzymam się na metodach projekcyjnych. Metody te można krótko scharakteryzować w ten sposób:

1. Nie są to testy, chociaż tak się je zwykle nazywa. Testami nie są, gdyż nie stawiają badanemu do rozwiązania zadań określonych, co pozwalałoby na ocenę „dobrego" lub „złego" wykonania.

2. Bodźce, działające w tych metodach mają charakter dość nieokreślony, pozwalający na różnorodną interpretację (kleksy Rorschacha, „socjalne niewyraźne sytuacje" Murraya).

3. Interpretacja przez badanego jest zależna od cech psychicznych badanego, „rzutowanych" na wieloznaczne bodźce - metody. Jest to istota metody projekcyjnej.

4. Znaczenie diagnostyczne poszczególnych wyników ustala się empirycznie.

Na terenie Instytutu używamy od dłuższego czasu czasu metody Rorschacha, a ostatnio zaczynamy też stosować Thematic Apperception Test Murraya. Pierwsza z tych metod cieszy się od przeszło dwudziestu lat szerokim uznaniem w psychiatrii, druga — zaczyna sobie te uznanie zdobywać. Metody te w znacznej mierze uzupełniają się nawzajem: pierwsza pozwala głównie na na wnioski co do struktury psychicznej, druga — co do treści. Metoda Rorschacha jest u nas względnie szeroko znana, miałem też sposobność mówić o niej

na poprzednim Zjeździe, nie będę więc teraz wracał do jej opisu, przejdę od razu do wyników badań na terenie psychiatrii wieku dziecięcego.

Na czoło zagadnień psychiatrii dziecięcej wysuwa się sprawa poziomu rozwojowego pacjenta. Tramer stara się w każdym przypadku ustalić:

1. poziom rozwoju fizycznego ogólnego („wiek cielesny"),
2. poziom rozwoju seksualnego („wiek seksualny"),
3. poziom rozwoju intelektualnego („wiek inteligencji"),
4. poziom rozwoju charakterologicznego („wiek charakteru").

Porównanie tych poziomów między sobą i z wiekiem życia pozwala na wyrobienie sobie dość pełnego obrazu badanego dziecka. Na ocenę pierwszych dwóch poziomów pozwalają nam wyniki badania stanu cielesnego, o poziomie inteligencji informują nas odpowiednie testy. Metody projektowane dostarczają też szeregu danych w tym zakresie, jednak dotychczasowe doświadczenia nie wskazują na to, aby np. metoda Rorschacha ściślej lub pewniej określała poziom intelektu, niż odpowiednio do przypadku dobrane testy, chociaż niewątpliwie dostarcza ona cennych uzupełnień badań testowych.

Poziom rozwoju charakterologicznego stanowi jedno z zasadniczych zagadnień w diagnostyce dzieci trudnych. Według Kannera istotą trudności jest często „pozostanie w poprzednim okresie rozwojowym". Podobnie sądził Benjamin. Diagnotystykę w tym zakresie odbywa się zwykle na podstawie wywiadów i obserwacji, które mogą wprawdzie dostarczyć szeregu ciekawych danych, brak im jednak często obiektywnych wartości, są zwykle fragmentaryczne i nie dają się ułożyć w jakiś zwarty, sensowny obraz poziomu rozwojowego. Wydaje się, że znaczne usługi może w tym zakresie oddać metoda Rorschacha.

METODA RORSCHACHA W DIAGNOSTYCE POZIOMU ROZWOJOWEGO

Literatura na temat metody jest w tej chwili bardzo obszerna, jednak w dostępnym nam piśmiennictwie nie ma pracy, zestawiającej na większym materiale wyniki badań większej liczby dzieci wszelkiego wieku i poziomu rozwojowego. Nasz materiał własny obejmu-

je prawie tysiąc badań dzieci z Poradni Leczniczo - Wychowawczej w Warszawie, dzieci szkolnych i szereg badań na innych terenach. Materiał ten obejmuje zarówno dzieci najzupełniej zdrowe jak i dzieci z różnego rodzaju trudnościami — również w zasadzie zdrowe, oraz szereg badań osobników psychicznie chorych. Materiał jest zbyt skąpy, aby pozwalał na zastosowanie w pełni metod statystycznych, można jednak na jego podstawie wyrobić sobie sąd o przybliżonych normach dla poszczególnych grup wieku.

Metoda Rorschacha dostarcza danych, związanych ze sprawą dojrzałości struktury dążeniowo - uczuciowej w następujących punktach:

1. Przeróbka wewnątrzpsychiczna (zdolność do refleksji, przemyśliwanie, planowanie, samokrytyka etc.), reprezentowane w psychogramach przez liczbę wypowiedzi, determinowanych przez ruch widzianych na tablicach postaci ludzkich. (W używanej obecnie sygnaturze: M).

2. Uczucie kontrolowane, podporządkowywane całości systemu dążeniowo-uczuciowego, przystosowalne do wymagań otoczenia, tzw. kontakt uczuciowy (Rorchach). Reprezentowane przez wypowiedzi, determinowane przez kształt plam na pierwszym miejscu, przez ich barwę — na drugim (sygnowane: FC).

3. Uczucie niekontrolowane, niepodporządkowane całości, nieprzystosowane do wymagań otoczenia. Reprezentowane przez wypowiedzi, oparte głównie lub wyłącznie na barwie plam (sygnowane: CF i C).

4. Wzajemny stosunek poprzednich pozycji stanowi tzw. typ przeżywania (Rorschach) lub „równowagę przeżywania" (experience balance — Rappaport).

5. Związane częściowo z punktem trzecim jest „bierne uleganie bodźcom zewnętrznym" (Zulliger). Od niekontrolowanej uczuciowości różni się tym, że nie zakłada impulsów wewnątrzpochodnych, nie zawsze łączy się z nimi. Reprezentowane przez procent wypowiedzi, przypadających na trzy ostatnie tablice barwne.

6. Trwałość bodźców wewnątrzpsychicznych, aktywność mimo przeszkód zewnętrznych. Według Bohma miarą tej cechy jest w psychogramie ilość i jakość wypowiedzi, przypadających na dwie tablice światłocieniowe: IV i VI.

W naszych protokółach używamy do oceny tego punktu procentu wypowiedzi, przypadającego na wspomniane dwie tablice, a w miarę potrzeby — uwzględniamy także i ich jakość.

7. Dążenie do ludzi, zainteresowanie ludźmi, dążenie społeczne: reprezentowane przez liczbę wypowiedzi, których treść stanowią postacie ludzkie. (Sygnowanie: H względnie Hd) (Zulliger).

8. Odrębne miejsce zajmują w psychogramach wypowiedzi oparte na ruchu wyrazowym ludzkim, na ruchach zwierząt i przedmiotów martwych. Są one prawdopodobnie wyrazem dziecięcego przeżywania, poprzedzającego w pewnym sensie „dorosłą" przeróbkę wewnątrzpsychiczną. Liczba tych wypowiedzi oraz jej stosunek do liczby ruchów ludzkich pełnych (kinezji, M) może świadczyć o poziomie rozwojowym. Sygnowane, jako „fabulizacje" (Rappaport).

Przyjrzyjmy się teraz liczbowemu rozkładowi wymienionych w powyższych ośmiu punktach sygnatur — w psychogramach dzieci zdrowych, normalnie rozwiniętych, a także debilów, niedorozwiniętych zarówno umysłowo jak i charakterologicznie. W ten sposób uzyskamy podwójną skalę, z którą będziemy mogli następnie porównywać psychogramy innych badanych.

1. Kinestezje (ruch ludzki — M) występują według Zulligera rzadko przed 11 rokiem życia. W naszym materiale stwierdzamy w większości przypadków po jednym M, w tablicy III, szczególnie łatwo wywołujących kinestezje już w 6 roku życia. Kinestezje w innych tablicach zjawiają się na ogół w wieku lat 9—10 w liczbie 1—3. Spadek liczby M następuje w wieku lat 12 u dziewcząt i 14 u chłopców, co wiąże się z opisanym już przez Rorschacha tzw. „zwężeniem typu przeżywania" w okresie dojrzewania. Ponowne podwyższenie liczby M do średniej 2—3 następuje u chłopców już po roku, u dziewcząt — po dwóch latach. Przekonaliśmy się już w tym pierwszym punkcie, że znane od dawna zachwiania tempa rozwojowego przejawiają się także i w psychogramach Rorschacha i muszą być brane pod uwagę w ocenie poziomu rozwojowego, dokonywanej tą metodą.

U debilów występują M na tablicy III w wieku lat 10 i utrzymują się na poziomie 0—1 przez cały interesujący nas okres.

2. Liczba FC, reprezentująca uczuciowość kontrolowaną, nie przekracza naogół, u młodszych dzieci, liczby 1, podnosi się do 2—3 w wieku lat 11, u dziewcząt spada w wieku lat 12 do 1, u chłopców—

poniżej 1 w wieku lat 14, by następnie podnieść się na poziom 2 — 3 u dziewcząt czternastoletnich i chłopców szesnastoletnich.

U debilów FC występują dość rzadko, na poziomie 0—1 przez cały interesujący nas okres rozwojowy.

3. Liczba wypowiedzi, opartych głównie lub wyłącznie na barwie (sygnatury CF, C) nie da się zupełnie ściśle ocenić u dzieci młodszych, ponieważ trudno tam sprawdzić, w jakim stopniu barwa plamy wpływa na wypowiedź. Z pewnych technicznych względów jest to nawet trudniejsze niż w stosunku do sygnatury FC. W każdym razie już w wieku lat 7—8 stwierdzamy dość wysokie liczby CF+C (3—4). Liczba ta następnie spada na poziom 1—2 od wieku lat 9 poczynając, w wieku lat 11—12 wynosi 0—1, w wieku lat 13 — podnosi się do 2, już w następnym roku spada do 1, 15-letni przeważnie nie mają CF, czasem — 1. Jest to już poziom charakterystyczny dla większości normalnych dorosłych. Warto zauważyć, że w tym punkcie—w przeciwieństwie do dwóch poprzednich — nie stwierdziliśmy wyraźniejszych różnic między dziewczętami i chłopcami.

Debile wykazują w naszym materiale stosunkowo wysokie liczby FC i C: 4—5 w wieku lat 8—10 ze spadkiem do 2—3 w wieku lat 11 i utrzymaniem się później mniej więcej na tym poziomie.

4. Typu czy równowagi przeżywania, obliczanego na podstawie wzajemnego stosunku liczby wypowiedzi kinestetycznych i barwnych, nie mamy tu potrzeby osobno rozpatrywać: wystarczy stwierdzić, że w miarę rozwoju, zwłaszcza do jakiegoś 14 — 15 roku życia następuje stopniowe przesunięcie w kierunku kinestezji (M). Zanotowaliśmy już poprzednio pewne „zwężenie typu przeżywania" (Rorschach) na początku okresu dojrzewania, warto zaś teraz dodać, że w tym „zwężeniu" nie następuje naogół redukcja CF.

Debile wykazują niemal bez wyjątku wyraźną przewagę wypowiedzi opartych głównie na barwie. CF i C przeważają nad M, nb. — także nad FC. Fakt ten stwierdził jeszcze Rorschach.

Musimy się jeszcze zatrzymać chwilę na sprawie stosunku liczby FC do liczby CF+C. Stosunek ten jest miarą stopnia kontroli uczuć (Rappaport). Obliczając różnicę: FC+C otrzymujemy w psychogramach do 10 roku życia włącznie liczby ujemne, co wskazywałoby na przewagę w tym okresie uczuciowości niekontrolowanej. Równowaga zostaje osiągnięta w roku następnym; 11-letni wykazu-

ją pewną przewagę FC, która załamuje się u dziewcząt w wieku lat 12 i 13, u chłopców w wieku lat 14. Dziewczęta od lat 14 i chłopcy od lat 15 wykazują już stałą przewagę FC, a więc — uczuciowości kontrolowanej.

Debile mają w psychogramach niemal zawsze, we wszystkich grupach wieku objętych naszym materiałem, liczby ujemne (uczuciowość niekontrolowana).

5. Bierne uleganie bodźcom zewnętrznym. Procent wypowiedzi, przypadających na trzy ostatnie tablice barwne powinien, według Zulligera, wynosić w normie (dla dorosłych) od 30 do 40. W naszych psychogramach znajdujemy liczby wyższe naogół tylko do wieku lat 8, nie licząc jednego wyskoku u chłopców 11-letnich.

Również i debile nie mają naogół w psychogramach liczb wyższych niż 40, chociaż przeważnie wyższe niż dzieci normalne.

6. Procent wypowiedzi na dwie tablice światłocieniowe (IV i VI), uważane naogół za trudne i nieprzyjemne ma być, jak wspomniałem poprzednio, miarą trwałości, zdolności przezwyciężania trudności. Procent ten wynosi u dzieci 7 — 10-letnich 12 — 15, podnosi się następnie do 18 — 20, u dziewcząt w okresie dojrzewania niemal nie spada, u chłopców 14-letnich wynosi tylko 10—12%, by w następnym roku podnieść się powyżej 15. Jest to — o ile mogliśmy ustalić — norma dla dorosłych.

U debilów procent wypowiedzi na tablice światłocieniowe (IV i VI) wynosi naogół powyżej 15. Widocznie więc tablice te nie sprawiają debilom żadnych subiektywnych kłopotów.

Warto też zaznaczyć, że najwyższe liczby (często znacznie powyżej 20) mają tu padaczkowcy, epileptoidzi i gliskroidzi.

7. Liczba wypowiedzi dotyczących postaci ludzkich (H, Hd) ma być miarą zainteresowań ludźmi i dążeń społecznych. Należy zaznaczyć, że nie jest to jednoznaczne z „socjalizacją", przystosowaniem do otoczenia. Przystosowanie to powinno, jak się wydaje, występować dopiero tam, gdzie pewnej liczbie H towarzyszą też FC (przystosowanie uczuciowe), dalej — liczba kinestezji (M) powinna wskazywać na aktywność, samodzielność tego przystosowania.

Same H i Hd (postacie ludzkie i ich części) nie przekraczają naogół liczby 2 do lat 10 włącznie. Nierzadko też stwierdzamy w tym wieku zupełny brak H i Hd. W wieku lat 11 stwierdzamy najczęściej

dość wyraźny skok omawianej liczby do 4 i więcej. Spadek do liczby 2 następuje u chłopców w wieku lat 13 i 14, u dziewcząt — 12, po czem znów stwierdzamy poziom 4 i wyżej.

Stwierdzamy u debilów podobne różnice w porównaniu z normalnymi, jak i w punktach poprzednich: liczba postaci ludzkich rzadko tu przekracza 1, nb. dość równomiernie w poszczególnych rocznikach.

Wyjątek stanowią debile epileptoidalni, co o tyle nie jest dziwne, że padaczka daje wiele zmian w psychogramach, a „hipersocjalność" padaczkowców jest powszechnie znana.

8. Fabulizacje zdarzają się do 11 roku życia, przeważnie w liczbie 1—2, w wieku lat 12 spadają do liczby 0—1, od lat 13 do 17 wahają się około 3, u dziewcząt nieco wyżej. Jak więc widzimy, początkowo fabulizacje nieco przeważają nad kinestezjami, od 13—14 lat utrzymują się aż do końca okresu rozwojowego, który nas interesuje, na tym poziomie co i kinestezje. Wyraźna przewaga M występuje więc dopiero u ludzi dojrzałych.

Przejdziemy teraz do omówienia przykładowego protokółu badania metodą Rorschacha.

Badany: Wiesław M. lat 12 nr. 561. Data badania 18.IV.1947 r.

Tablica I

a całość	— 1. nietoperz	WF + — AP
a całość	— 2. orzeł cesarski	WF + — Orn
a środek	— 3. żebra ludzkie	DF — + At
a całość	— 4. samolot zasłonięty chmurą	WFY + — X
a środek	— 5. kobieta załamująca ręce	DM + — H
a boczne	— 6. dwa niedźwiedzie	DF + — A

Tablica II

a czarne	— 1. klatka piersiowa	DF — + At
a czarne	— 2. zające szczepione łapkami	DF + — AP fab.
a czerw g	— 3. sępy, wielkie ptaki	DF + — A

Tablica III

c czarne	— 1. dwaj Murzyni ręce trzymają nad głowami	WM + — H
a czarne	— 2. dwaj Murzyni stoją nad kotłem i trzymają go	WM + — HP
b czerw. b	— 3. kogutek (kształt, barwa)	DFC + — A

Tablica IV

a całość	— 1. nietoperz	WF + — A
a całość	— 2. duży niedźwiedź odwrócony	WM + — A (M, nie fab.)
a całość	— 3. chmura, taki kształt ma chmura	WYF, N

Tablica V

c całość	— 1. nietoperz	WF + — AP
a całość	— 2. orzeł albański (ze znaczków)	WF + — Orn

Tablica VI

a całość	— 1. skóra jako dywan	WYF + — XP
a góra	— 2. owad podobny do skorpiona	DF, A

Tablica VII

c całość	— 1. dwie panienki szczepione włosami (ruch)	WM + — H

Tablica VIII

b czerw. b	— 1. niedźwiedzie polarne	DF + — AP
a dolne	— 2. motyl (barwa i kształt)	DCF A
a szare g	— 3. bocian lecący w powietrzu	DF + — A fab.

Tablica IX

a pomar.	— 1. jeleń w skoku	DF + — A fab.
b róż.	— 2. głowa pana z wąsikiem	DF + — Hd
b ziel.	— 3. lew z grzywą	DF + — A

Tablica X

a czerw.	— 1. Chinki lub Japonki w długich kimonach (z barwą)	DFC + — H
a ziel. d	— 2. głowa królika	DF + — Ad
a szare g	— 3. lwy stoją	DF + — A fab.

Psychogram.

Czas badania 20 min.; czas średni 41 sek.; liczba wypowiedzi 29, w tym VIII — X : 9 (31%); IV, VI : 5 (17%).

W 12 (45%)	M 5	H 5 } 22%	P 6 (22%)
D 17	F 17 (+−15,−+2)	HD 1 }	fab 4
	FC 3	At 2	
	CF 1	A 15 } 53%	
	FY 1	AD 1 }	
	YF 2	X 2	
	EB=5:(3:1:0)= —5:2½	Orn 2	
		N 1	

W powyższym psychogramie uderza cały szereg momentów, wskazujących na poziom rozwojowy wyższy, niżby to wynikało

z wieku życia. Do momentów tych należą: wysoka liczba M, wysoka liczba FC, (górna granica normy), dość wysoka liczba H, lekka przewaga kinestezji nad fabulizacjami. Wszystkie te dane wskazują na poziom rozwojowy spotykany naogół u chłopców w drugiej połowie okresu dojrzewania lub później.

Wszystkie wymienione powyżej momenty nie wskazują na żadne zaburzenia ani braki, należy je w zasadzie uważać zą raczej korzystne, gdyż wiąże się z nimi: dobra przeróbka wewnątrzpsychiczna, kontrolowana uczuciowość, przystosowanie się do otoczenia (nb. czynne, samodzielne), dążenie do ludzi, socjalizacja. Trudności mogą pochodzić stąd, że tego rodzaju dzieci 12-letnie nie zawsze mogą „zmieścić się" w grupie swoich rówieśników oraz z tego, że taka „przyśpieszona dorosłość" może ujemnie wpłynąć na dalszy tok rozwoju. Badany nastręczał pewne trudności. Co do etiologii stwierdzonego stanu — skłonni bylibyśmy przypuszczać, że chodziło tu o sprawę typologiczną, dziedziczną.

Dla porównania przytoczę psychogram innego rodzaju.

Psychogram.

Danuta G.; lat 11; 3, nr 403. Data badania 8.XI.1946. Czas badania 18 min.; czas średni 68 sek.; liczba wypowiedzi 16, w tym VIII — X : 5 (31%); IV, VI : 3 (18%).

W.	10(75%)	M	0	H	0	P	0
DW	2	F	11(+−5,−+3,−3)	Hd	0	fab.	2
D	4	FC	2	A	5 (31%)	komb.	1
		CF	3	R	2	konfab.	1
		EB=0 : (2 : 3 : 0) = =0 : 4		X	9 (57%)		

W związku z tym, co powiedziano poprzednio o przybliżonych normach dla lat 11 — łatwo stwierdzić, że mamy tu do czynienia z wyraźnie niższym poziomem rozwoju strefy dążeniowo - uczuciowej, niżby to wynikało z chronologicznego wieku badanej. Jak wynika z innych badań — jest ona upośledzona również i umysłowo (iloraz 46 według Termana). Cała sprawa łączy się najprawdopodobniej ze stwierdzonym rentgenologicznie wodogłowiem wewnętrznym.

Przytoczę jeszcze psychogramy, wskazujące na niedojrzałość.

Psychogram.

Józef B.; lat 12; nr 1032. Data badania 8.X.1947. Czas badania 20 min.; czas średni 2 min.; liczba wypowiedzi 10, w tym VIII — X : 3 (30%); IV, VI : 2 (20%).

W	4	M	0	H	0	P	1
D	6	F	5	Hd	0	fab.	1
		FC	0	A	4		
		CF	3	R	1		
		FY	1	N	3		
		YF	1	X	2		
		EB=0:3					

Wnioski: Niezaznaczona przeróbka wewnątrzpsychiczna, niekontrolowana uczuciowość, brak zainteresowania ludźmi, wskazywałyby na względną niedojrzałość strefy dążeniowo - uczuciowej. W tym przypadku niedojrzałość ta nie łączy się z niedorozwojem umysłowym. Nie ma też zwiastunów dojrzewania, które zresztą też nie tłumaczyłyby same przez się powyższego obrazu. Należy zaznaczyć, że — zgodnie z Zulligerem — w przypadkach, gdzie trudnościom towarzyszą odchylenia od normy w psychogramie, zbliżone np. do powyższych, skłonni jesteśmy podejrzewać raczej głębsze, a nie środowiskowego tylko pochodzenia. W przypadku przytoczonym istnieje poważne podejrzenie zawiązków psychopatycznych.

Psychogram.

Larysa S.; lat 16; 3, nr 542. Data badania 31.X.1947. Czas badania 65 min.; czas średni 3 min.; liczba wypowiedzi 21, w tym VIII — X : 12 (54%); IV — VI : 3 (14%).

W	3 (14%)		M	1	H	2	Brak wypow. VI, VII	
D	1		F	16	Hd	4	P	4
Dr	3	18%	FC	1	Ats	2	fab	2
S	1		CF	3	A	5		
			EB=1:(1:3:0)		Ad	2		
			=1:3½		R	2		
					Kraj	3		
					Mapa	1		

Również w powyższym przypadku możemy stwierdzić szereg cech odpowiadających wcześniejszemu okresowi rozwojowemu, jak

słaba przeróbka wewnątrzpsychiczna, słaba kontrola uczuć przewaga baśniowego przeżywania. Mimo dość licznie reprezentowanych postaci ludzkich, socjalizacja nie może być prawidłowa ze względu na opisany wyżej typ przeżywania, pewne wątpliwości może też budzić przewaga części ludzkich (Hd) nad całymi postaciami ludzkimi (H), co według Zulligera miałoby wskazywać na ostrożny, ewentualnie podejrzliwy stosunek do ludzi. Zwraca też uwagę bardzo wysoki odsetek wypowiedzi przypadających na trzy ostatnie tablice barwne, co według wspomnianego autora łączy się ze znacznego stopnia biernym uleganiem bodźcom zewnętrznym. Podobnie jak w przypadku poprzednim, badana jest normalnie rozwinięta pod względem intelektualnym, braki dotyczą strefy dążeniowo-uczuciowej. Również i w tym przypadku mamy najprawdopodobniej do czynienia z brakami w wyposażeniu konstytucjonalnym.

Kończąc ten krótki przegląd wyników zastosowania metody Rorschacha w diagnostyce poziomu rozwojowego strefy dążeniowo-uczuciowej, pragnę zaznaczyć, że wartość praktyczną ma ta metoda tylko łącznie z innymi, a także — z badaniem somatycznym, ustalającym poziom rozwoju fizycznego oraz ew. braki w układzie nerwowym i narządach wewnątrz - wydzielniczych, które mogą się bezpośrednio łączyć ze wspomnianymi zaburzeniami tempa rozwojowego.

Inne zastosowanie diagnostyczne metody Rorschacha

Psychozy w wieku dziecięcym, szczególnie schizofrenia i psychoza maniakalno-depresyjna, zdarzają się rzadko. Rola ich w psychiatrii dziecięcej wzrasta, jeżeli włączymy w zakres interesującego nas zagadnienia psychozy występujące w okresie dojrzewania. Możliwości diagnostyczne metody Rorschacha nie są w tym zakresie wielkie, a to z kilku względów. Po pierwsze — w kilku przypadkach schizofrenii dziecięcej (występującej przed okresem dojrzewania), badanych w Instytucie — badania metodą Rorschacha nie dało się przeprowadzić ze względu na niemożność nawiązania kontaktu z dzieckiem. Po drugie — samo rozpoznanie nie wymaga na ogół metod pomocniczych: w przypadkach jasnych rozpoznanie następuje bez użycia tych metod, w przypadkach niejasnych — metoda nie

ma znaczenia rozstrzygającego, ponieważ nie istnieją dotychczas kryteria, które pozwalałyby na stwierdzenie w psychogramie niewątpliwych cech schizofrenii.

Tego rodzaju diagnostyką u dorosłych zajmowali się dotychczas m. in.: Rorschach, Rappaport i Piotrowski, natomiast rozważania ich w małym tylko stopniu są słuszne w stosunku do przypadków dziecięcych.

Najważniejszym zastosowaniem metody Rorschacha w psychiatrii dziecięcej jest nie diagnostyka sensu stricto, lecz jakościowa, w pewnym sensie także ilościowa analiza strefy dążeniowo-uczuciowej, o której mówiłem w poprzedniej części referatu. Nie wyczerpałem oczywiście zagadnienia, do niektórych punktów jeszcze powrócę.

Diagnostyka psychopatii dziecięcej, czy prepsychopatii (Trener) wiąże się ściśle z zagadnieniem niedorozwoju charakterologicznego (który nb. prawodpodobnie nie wyczerpuje sprawy). W tej chwili brak jeszcze dostatecznego materiału umożliwiającego bliższe omówienie tych spraw.

Metoda Rorschacha powinna w zasadzie umożliwić zaliczanie badanych do jednej z kretschmerowskich grup typologicznych. Badania w tym zakresie przeprowadził w swoim czasie Enke, nie doszedł jednak do rezultatów, które mogłyby mieć zastosowanie praktyczne. Jest to trudne tym bardziej na terenie dziecięcym, gdzie cechy fazy rozwojowej interferują z cechami typu (bodaj zarówno cechy psychiczne jak i fizyczne).

Mamy natomiast pewne dane o psychice padaczkowca, przejawiającej się w psychogramach i odnosimy wrażenie, że dane te można zużytkować dla rozpoznania epileptoidów oraz ich normalnego odpowiednika — wiskoznych czy gliskroidów. W diagnostyce tego pogranicza padaczki, Rorschach mógłby mieć podobne zastosowanie jak elektroencefalograf.

Wg. Bindera najważniejszą cechą psychogramu padaczkowca i epileptoida byłaby przejawiająca się w wynikach badania, dobrze skądinąd znana, lepkość, jednak cecha ta przejawia się na ogół w przypadkach względnie jasnych, można ją też stwierdzić (wg. tegoż autora) także u dzieci nie-padaczkowych poniżej lat 11. Należy więc szukać innych cech.

Psychogram.

Janusz M.; lat 8; 6, nr 1110. Data badania 18.X.1947. Czas badania 25 min.; czas średni 87 sek.; liczba wypowiedzi 17, w tym VIII — X : 8 (47%); IV, VI : 2 (12%).

W 4 (29%)	M 0	H 1		P 1
DW 1	F 9	A 7	47%	fab. 7
D 12	FC 0	AD 1		szok czerni
	CF 5	Krew 2		
	C 1	R 2		
	YF 2	N 3		
	EB = 0:(0:5:1) =	Plama 1		
	= 0:6½			

W powyższym psychogramie zwraca uwagę przede wszystkim silnie reprezentowana uczuciowość niekontrolowana (CF,C), znacznie silniej, niż wynikałoby to z wieku pacjenta. Dalej — zupełny brak wypowiedzi dotyczących mniejszych części plam (DR). Te dwa punkty wymieniał już Rorschach jako typowe dla epilepsji. nb. niepatognomiczne, występujące i w innych zespołach. Typowe natomiast byłyby wypowiedzi stanowiące reakcję na czarną barwę plam (oznaczone YF). Zamiast charakterystycznego dla epileptyków występowania kinestezji (M) obok wspomnianej już wyraźnej reakcji na barwy (CF,C), mogą u pacjentów młodszych występować fabulizacje (w powyższym psychogramie 7).

Psychogram.

Alicja K.; lat 9; 11, nr 544. Data badania 17.IV.1947. Czas badania 20 min.; czas średni 50 sek.; liczba wypowiedzi 24, w tym VIII — X : 12 (50%); IV, VI : 4 (17%).

W 3	17%	M 0	H 0	P 1
DW 1		F 7	Hd 1	fab. 1
D 18		CF 2	krew 5	
Dr 1	8%	C 8	A 4	
sD 1		YF 1	AD 0	
		Y 5	R 1	
		EB = 0 : (0 : 3 : 8) =	N 11	
		= 0 : 15	X 2	

Drugi psychogram, poza pewnymi różnicami, ma szereg cech wspólnych z poprzednim. Wypowiedzi dotyczących części drobnych

jest bardzo mało. Reakcja na barwy jest bardzo silnie zaznaczona (znacznie silniej niż poprzednio). Reakcję na barwę czarną zawiera aż 6 wypowiedzi, z czego 3 — tylko na barwę, bez uwzględnienia kształtu (1 YF, 5Y). Fabulizacji tym razem jest mało (1).

Reakcja na barwę czarną ma być dla padaczki typowa: nie występuje ona wprawdzie we wszystkich przypadkach, natomiast nie zdarza się poza padaczką i epileptoidią. Pozostałe cechy powyższych psychogramów: silnie zaznaczone CF,C oraz typ ujmowania W-DW-D (niemal bez Dr) stanowią pomocnicze elementy rozpoznawcze. Pewna liczba M lub fabulizacji jest dalszym, mniej stałym objawem. Cechy te stwierdzamy w szeregu psychogramów naszych padaczkowców. Dodać jeszcze należy, że wspomniane cechy w małym stopniu zależą od poziomu umysłowego badanych: oba powyższe psychogramy odnoszą się do dzieci o normalnym poziomie umysłowym, jednak podobne wyniki mamy także u epileptyków o niskich ilorazach inteligencji.

Kończąc te krótkie rozważania na temat zastosowania metody Rorschacha na terenie psychiatrii dziecięcej, chciałbym zaznaczyć, że poruszyłem tylko te punkty, które się już w tej chwili względnie wyraźnie rysują. Sprawie diagnostyki poziomu rozwojowego poświęciłem specjalnie dużo miejsca dlatego, że jest ona istotna sama przez się, a także dlatego, że dopiero uwzględniając normy dla danego wieku można właściwie ocenić psychogram.

Raz jeszcze chciałbym podkreślić ważność stosowania metody Rorschacha jako jednej, ale nie jedynej z metod. Badanie stanu cielesnego oraz różnego rodzaju badania stanu psychicznego łącznie uprawniają do wniosków na temat dziecka zdrowego czy chorego. Szczególnie zaś szkodliwe może być używanie metody Rorschacha do tzw. diagnozy ślepej.

INNE METODY PROJEKCYJNE

Z innych metod projekcyjnych, stosowanych na terenie psychiatrii dziecięcej, wymienić należy tzw. scenotest. Metoda ta była wstępnie omawiana na poprzednim Zjeździe (Dobrowolska) i nie będziemy się nią tu bliżej zajmowali. Zaznaczę tylko, że zakres jej diagnostyczności jest naogół bliski metodzie Murraya, a ponieważ scenotest

jest w dalszym ciągu w próbach na terenie Instytutu, mamy nadzieję w przyszłości wyrobić sobie zdanie co do jego wartości praktycznej, korelacji wyników z innymi metodami oraz zakresu zastosowania.

Inną metodą, znaną od dawna z piśmiennictwa, a wprowadzoną u nas od bardzo niedawna (po otrzymaniu oryginalnej serii), jest metoda Murraya, czyli Thematic Apperception Test.

a) Metoda Murraya

Wg. autora metody, ma ona służyć do poznania uczuć, wzruszeń, dążeń, konfliktów i kompleksów osobowości badanej. Musimy się od razu zastrzec, że określenia te sugerują podejście psychoanalityczne, co jednak naszym zdaniem nie jest warunkiem stosowania metody — bez tego podejścia można metodę Murraya z pożytkiem stosować. Przyznaje to zresztą i sam autor, zastrzegając podejście psychoanalityczne dla odpowiednio przygotowanych.

Materiał „testowy" składa się z dwóch serii po dziesięć rycin każda; na rycinach tych przedstawione są sytuacje „społecznie niejasne", tzn. sytuacje, w których względnie ostro zarysowanym postaciom można przypisać różnego rodzaju czynności, zamiary, można się dopatrywać różnych przyczyn, które do obecnej sytuacji doprowadziły etc. Badany robi to, opowiadając dość długą historię na temat każdego z obrazków. Na niejasny obraz *rzutuje on* własne treści psychiczne, co jest właśnie istotą metody projekcyjnej. Jak już z tych wstępnych uwag wynika, metoda Murraya może być uzupełnieniem metody Rorschacha: pierwsza z nich dostarcza materiału głównie do analizy treści, druga — struktury psychicznej badanego.

Ocena wyników badania metodą Murraya odbywa się w ten sposób, że staramy się wyłowić z opowiadań to, co wskazuje:

1. na dążenia, uczucia badanego,
2. na jego stosunek do otoczenia, na to, jak on sam wyobraża sobie stosunek otoczenia do niego.

Używam w tym celu dość skąpego inwentarza uczuć, dążeń wewnętrznych (needs) i „nacisków" zewnętrznych (stress), podanego przez Murraya, a to dlatego, że do potrzeb klinicznych inwentarz ten, jak przypuszczamy, wystarcza, inne zaś metody oceny zajmują zbyt wiele czasu, a można też wątpić, czy jesteśmy uprawnieni do analizy tak drobiazgowej, jaką np. proponuje Tonkins. Z drugiej

strony przypuszczamy, że metody skrajnie skrócone (np. Christensona) dałyby nam zbyt mało.

Poza wspomnianą wyżej analizą uczuciowych „potrzeb" i „nacisków", interesuje nas w układanych przez badanego opowiadaniach przeważający ton, tematy, pewne cechy szczególne, jak kontynuowanie opowiadania, nieprawidłowe rozpoznawanie względnie wyraźnych szczegółów, opisy zamiast opowiadań, krytyka, treść absurdalna etc. (Rappaport, Palmade). Te ostatnie, jak i niektóre inne punkty, mają wg. wspomnianych autorów umożliwiać w pewnym zakresie rozpoznanie różnicowe nerwic i psychoz w okresach początkowych.

Pozwolę sobie teraz przytoczyć wyjątki z protokółu jednego z badań metodą Murraya.

Ryszard A., wiek 12; Data bad. 28.VIII i 3.IX.1948.

3 bm. Jakiś chłopiec usnął przy otomanie. Koło niego leży rewolwer. On sobie myśli, kiedy jak pojedzie sobie na polowanie, gdzieś — sobie upoluje jakieś zwierzę, przyniesie do domu i *mamusia mu ugotuje albo upiecze.* On myśli jeszcze, gdzie tu pojechać na tę zwierzynę,	zz — opieka
żeby upolować, żeby go *nikt nie złapał* i nie odebrał mu rewolweru. On sobie myśli, jak tu wyjść z domu, żeby mamusia	z — ograniczanie
nie widziała, jak on wyszedł, bo tak to *by go nie puściła,* bo go mogą złapać.	z — ograniczanie
6 bm. Może to mąż przyszedł do tej pani. Upił się. Ta pani się *rozezłościła — nie chce patrzeć na niego*, a on taki smutny, tak się patrzy w podłogę, w ręku trzyma kapelusz, a ta pani stoi przy oknie, się patrzy na ulicę. Przez okno gdzieś w oddali widać jakieś góry, zachmurzone takie niebo. Bo będzie padał deszcz, bo tak widać, że góry takie białe są. A ta pani tak na wszystko patrzy się, taka zmar-	z — agresje uczuć.

twiona, że stracił pieniądze jej mąż. A z tego myślenia łzy lecą tej pani, chustkę trzyma. A ten pan się tak patrzy, ten mąż. Takim złym wzrokiem. *Dlaczego obraziła się pani,* jego żona, *o takie byle co,* że się wódki napił.	z — odrzucenie
9 bm. Bandyci po jakiejś wyprawie położyli się spać. Pewno zrobili gdzieś napad, pozabijali ludzi, teraz przyszli na pole i śpią. A jeden myśli tutaj, jaki po tym napad drugi zrobić i gdzie. Oni wszyscy się zbiorą, *pójdą na ten napad,* co ten wywyślił, ich najstarszy. Napadną, będą mordować ludzi. Ci bandyci będą unikać, żeby ich policja *nie złapała.*	w — agresja aspołeczna z — ograniczanie

Oceniamy w podobny sposób pozostałe opowiadania, skomponowane przez badanego na temat innych obrazków obu serii, a następnie zestawiamy liczbę poszczególnych uczuć, dążeń i „nacisków" zewnętrznych, zgodnie ze wzorami podanymi przez Murraya. Nie używamy natomiast zalecanego przez Murraya skalowania poszczególnych pozycji liczbami 1—5, zależnie od nasilenia uczucia, gdyż wydaje się nam to zbyt subiektywne. Nie sygnujemy też opowiadań zbyt krótkich (chociaż podane minimum dla dorosłych: 140-słów w opowiadaniu, jest dla dzieci zbyt wysokie).

Zestawienie wyników cytowanego częściowo badania przedstawia się j. n.:

Wewnętrzne potrzeby uczuciowe, dążenia		Zewnętrzne „naciski"	
osiąganie	2	związki uczuciowe	2
agresja społecznie nie uznana	2	ograniczanie	5
seksualne	1	opieka	1
		agresja uczuciowa	1
		agresja fiz. uznana społecznie	1
		strata	1
		odrzucenie	1

Tematy dotyczą: życia domowego, zabaw, przestępstw.

Stosunek do osób z otoczenia: dość wyraźnie zarysowuje się stosunek do matki jako osoby „ograniczającej“, a jednocześnie — opiekującej się.

Nie wchodząc w bardziej drobiazgową analizę poszczególnych pozycji, możemy na podstawie powyższego zestawienia przypuszczać, że badany jest osobnikiem o dość samodzielnych tonacjach (zaznaczone „osiąganie“ i „agresje“), niebardzo liczących się z otoczeniem. W zakresie „nacisków“ otoczenia wyraźniej występuje tylko „ograniczanie“ (nb. ze strony matki oraz porządku publicznego — policji etc.), z jednoczesnym zaznaczeniem związków uczuciowych (z rówieśnikami). Inne punkty występują tylko pojedyńczo.

Wiele z powyższych punktów można zrozumieć na tle anamnezy, można też na ich podstawie ustalić niektóre linie postępowania wobec chłopca, jednak omówienie tych spraw odłożę do części ostatniej referatu. Tymczasem zajmę się innymi protokółami badań.

Dla porównania przytoczę zestawienie „potrzeb wewnętrznych“ i „zewnętrznych nacisków“, występujących w opowiadaniach Bohdana A., brata poprzedniego.

Bohdan A., lat 16, nr 2407. Data bad. 28.VIII. i 3.IX. 1948.

Zestawienie

Wewnętrzne potrzeby uczuciowe, dążenia...		Zewnętrzne „naciski“	
Agresja aspoł.	1	Ograniczanie	6
Sex	1	Brak	2
Bierność	1	Agresja aspoł.	2
Cudza opieka	1	Związki uczuciowe	1
		Agresja uczuciowa	1
		Pomoc, opieka	1
		Niebezpieczeństwo	1

W porównaniu z poprzednim przypadkiem — potrzeby wewnętrzne są mniej wyraźne, mniej sprecyzowane. Zewnętrznych „nacisków“ wymieniono więcej, ograniczanie silnie zaznaczone (jak i w przypadku poprzednim), nieco wyraźniejsze zewnętrzne agresje. Mimo to, że badany jest znacznie starszy od poprzedniego, robi wrażenie bardziej biernego, mniej samodzielnego.

Jeszcze jeden przykład:

Jadwiga P., lat 16, nr 2419. Data bad. 30—31.VIII. 1948.

Zestawienie

Wewnętrzne potrzeby uczuciowe, dążenia		Zewnętrzne „naciski"	
Agresja przeciw sobie	3	Strata	3
Agresja aspołeczna	2	Brak	1
Sex	1	Odrzucenie	1
Dominowanie	1	Agresja aspołeczna	1

Z wywiadów wiadomo, że badana została przed miesiącem umieszczona w zakładzie specjalnym, czuje się z tego powodu pokrzywdzona. Stąd prawdopodobnie pochodzą pozycje, uwidocznione w „naciskach". I to prawdopodobnie leży u podłoża stwierdzanych obecnie, niezbyt zresztą nasilonych trudności. Dla pełnej analizy przypadku musielibyśmy oczywiście sięgnąć do innych jeszcze metod.

Na tym musimy zakończyć te wstępne rozważanie na temat metody Murraya.

b) Test Szondi'ego

O tej metodzie możemy w tej chwili jeszcze bardzo mało powiedzieć, a jeżeli w ogóle coś mówię, to tylko w sensie wstępnych uwag o czymś nowym, obiecującym, a niesprawdzonym. Sam Szondi pracuje już od szeregu lat, zebrał materiał przekraczający w chwili opublikowania metody 5.000 przypadków, jednak metoda jest dotychczas prawie nieznana poza Węgrami i Szwajcarią, w literaturze — poza dwoma podstawowymi pracami samego Szondi'ego, można znaleźć tylko luźne wzmianki (Rappaport, Palmade). Teoretyczne podstawy metody, wyłożone we wspomnianych pracach Szondi'ego, przedstawiają się w skrajnym skrócie w ten sposób:

1. Poszczególni osobnicy mogą być zaliczeni do jednego z kilku zasadniczych „kręgów" dziedzicznych; autor oparł się częściowo na systemie Kretschmera, przyjmuje krąg schizoidalny z podziałem na grupę katatoników i paranoidów, cykloidalny (depresyjny i maniakalny), epileptoidalny i histeroidalny łączy się w paroksyzmalny, dodaje krąg seksualny

(homsesksualny i sadystów), mówi też o kręgu upośledzeń i braków zmysłowych (nb. w teście nieuwzględnionym).

2. Przynależność do jednego z wymienionych kręgów jest warunkowana dziedziczeniem m. in. cech recesywnych, które wg. autora nigdy zupełnie recesywnymi nie są.
3. Przynależność powyższa determinuje w znacznym stopniu los osobnika, wpływając na dobór towarzyszy życia, przyjaciół, wybór zawodu itd.
4. Zgodny z przynależnością wybór może w wielu przypadkach zapobiec dezadaptacji osobnika, umożliwiając socjalne rozładowanie asocjalnych w zasadzie cech dziedzicznych.

Samo badanie metodą Szondi'ego jest proste: badany wybiera po dwie fotografie „podobające mu się" i dwie „niepodobające mu się" z każdej z sześciu serii, z których każda obejmuje po jednym osobniku z każdego z ośmiu wymienionych poprzednio „podkręgów". Każda seria zawiera więc po jednej fotografii homoseksualisty, sadysty, epileptyka, histeryka, katatonika, paranoika, depresyjnego i maniakalnego. Badanie przeprowadzamy albo jednorazowo, albo powtarzamy je 10-krotnie w odstępach mniej więcej miesięcznych. Wyniki tych dwóch technik mają oczywiście różną wartość, a — jak zobaczymy poniżej — także i inne zastosowanie.

Jak widzimy, metoda Szondi'ego nie jest, wbrew nazwie, testem. Nie jest to także metoda projekcyjna; najwłaściwsza jest może nazwa, użyta przez Palmade'a, méthode des champs significatifs.

Diagnostyczność testu ma się opierać na wymienionym poprzednio w p. 3. wyborze, nb. autor wprowadza szereg dodatkowych założeń, mających umożliwiać wnioskowanie z „testu". Założenia te nie są jasno sprecyzowane, mają wg. autora pochodzić z danych z dotychczas zebranego materiału. Diagnostyka przynależności do jednego z wymienionych kręgów ma się opierać głównie na technice badań wielokrotnych i nie będziemy się nią tu zajmować, ponieważ nie mamy jeszcze materiału. Robiliśmy już natomiast próby zastosowania w poradnictwie metody badania jednorazowego i nad tą techniką się zatrzymamy. Szondi przyjmuje, zgodnie z niektórymi cechami osobników należących do wspomnianych kręgów, że wybór podobizn reprezentantów tych kręgów ma mieć znaczenie dla oceny nasilenia u badanego w okresie badania pewnych tendencji

popędowych. Krąg seksualny ma reprezentować popędy seksualne, a w szczególności homoseksualny — potrzebę miękkości, opieki; sadystyczny — potrzebę agresji; epileptoidalny — wrogie względem otoczenia uczucia; histeroidalny — potrzebę demonstrowania się, zwracania na siebie uwagi; schizoidalny — postawę wobec własnego „ja“; cykloidalny — kontakt i wiązanie się z ludźmi. Wszystkie te pozycje ocenia się różnie — w zależności od tego, czy badany wybiera fotografie z danej grupy, jako „podobające się“ (reakcja +), niepodobające się (—), niektóre mu się podobają, inne nie (+—), czy też nie wybiera żadnych lub prawie żadnych podobizn danej grupy (reakcja zerowa „0“). W każdym przypadku interpretujemy oddzielnie każdą podgrupę, a następnie — cały krąg. Zreferowanie wszystkich tych pozycji zajęłoby zbyt wiele miejsca, wobec tego muszę odesłać zainteresowanych do podręcznika Szondi‘ego. Zatrzymam się tylko na pewnych punktach w związku z omówieniem niektórych uzyskanych przez nas wyników, — czy raczej — przypuszczeń diagnostycznych.

Powrócimy teraz do omawianego poprzednio przypadku:

Ryszard A. lat 12:7 nr 2408. Data bad. 28.VIII.1948.

	S		P		Sch		C	
	h	s	a	hy	k	p	d	m
+	3	1	0	2	2	0	4	0
—	0	0	3	2	0	3	0	4
	+,	0	—,	+—	+,	—	+,	—

Liczby pierwszego szeregu oznaczają podobizny „podobające się“, liczby drugiego szeregu — „nie podobające się“. U dołu podano ocenę poszczególnych kolumn, odpowiadających „podokręgom“ Szondi‘ego.

Wnioski, jakie zaleca wyprowadzać Szondi przy tego rodzaju układzie byłyby następujące (w skrócie) : S +,O = dziecięcy preseksualizm; P—, +— = wrogie tendencje przy „wątpliwościach, niezdecydowaniu co do demonstrowania się“; Sch +,—= dziecięce, egocentryczne, przekorne „ego“; C +, — = szukanie związku z nowym obiektem.

Wnioski te muszą budzić szereg zastrzeżeń, szczególnie — co do terminologii, ciekawe jest natomiast, że można w opisanym przy-

padku stwierdzić pewne punkty wspólne z wynikiem badania metodą Murraya: stwierdzane tu „wrogie tendencje" odpowiadałyby „potrzebie agresji" (Murray), „poszukiwanie nowego obiektu" mogłoby odpowiadać „ograniczeniom zewnętrznym", nb. najprawdopodobniej ze strony matki. Dalej — warto dodać, że wyniki w grupie S i Sch ocenia Szondi jako odpowiadające raczej wcześniejszemu okresowi rozwojowemu, co znów zgadzałoby się z wynikami badania metodą Rorschacha, wskazującymi na pewną niedojrzałość. Dalej — w wywiadach stwierdzamy schizofrenię u ojca badanego, padaczkę u jednego z dalszych krewnych. Psychogram Rorschacha wskazuje dość wyraźnie na typ epileptoidalny. Stwierdzane u chłopca trudności w postaci pewnej impulsywności, uporu, niepodporządkowania się, jednej większej samodzielnej wyprawy do Krakowa i licznych „wagarów" — moglibyśmy więc tłumaczyć:

1. Przynależnością do grupy epileptoidów.
2. Okresem rozwojowym z pewną niedojrzałością strefy dążeniowo-uczuciowej.
3. Stosunkiem do matki, wywołanym może częściowo właściwościami typologicznymi, związanymi z tempem rozwojowym, częściowo zaś — wpływami środowiskowymi, błędami wychowawczymi.

W bliższą analizę tych punktów nie możemy tu sie zagłębiać, a przypadek podajemy tylko celem zademonstrowania możliwości diagnostycznych omawianych metod. Jasne jest nb., że dane, dostarczone przez te metody, mogą być w bardzo szerokim zakresie wykorzystane przy ustalaniu wskazań.

Dla porównania przytoczę wyniki badania brata omówionego przed chwilą chłopca.

Bohdan A. lat 16, nr 2407. Data bad. 28.VIII.1948.

	S		P		Sch		C	
	h	S	e	hy	k	p	d	m
+	3	3	1	1	1	0	2	1
—	2	0	2	1	1	4	0	2
	+−, +		—,	0	0,	—	+,	—

S+—, +== sex normalny, początek „ukulturalniania".

P—,O = afekty wrogie przy braku potrzeby „demonstrowania się".

Sch O, — = ego pierwotne, słabe

C +, — = poszukiwanie nowych związków.

W porównaniu z wynikami badania brata — mamy tu szereg różnic, ale i pewne podobieństwa. Analogicznie przedstawia się u obu grupa C. Wynik ten uzyskaliśmy u prawie wszystkich badanych dotychczas dzieci; ma on wskazywać na „szukanie nowych związków". Nb. u młodszego z braci pozycja ta była wyjątkowo wyraźna, co mogłoby wskazywać na nasilenie odpowiednich cech.

W grupie P mamy e —, jak u Ryszarda: znowu prawie powszechna cecha badanych dotychczas dzieci; Szondi interpretuje ją jako „nagromadzenie wrogich uczuć"; może częstość tej cechy jest w naszym materiale przypadkowa, a może jednak — chodzi tu o szczególnie częstą właściwość.

Różnice stwierdzamy m. in. w S (ocena wskazuje na większą, dojrzałość) oraz w hy (O: brak potrzeby demonstrowania się).

Na krótkich uwagach powyższych musimy poprzestać. Spraw poruszanych powyżej nie uważać za wyczerpane: celem referatu było sprawozdanie z dotychczasowych wyników stosowania metody Rorschacha na naszym terenie oraz przedstawienie pierwszych w naszej poradni prób zastosowania innych metod, mogących dostarczać dodatkowych danych diagnostycznych. Praktyka wykaże, w jakim zakresie metody te mogą być stosowane i czego można się po nich spodziewać.

DYSKUSJA

PROF. S. SZUMAN, w związku z psychiatrycznymi metodami klinicznymi, podkreśla, że u nas przeprowadza się na ogół badania somatyczne i psychiatryczne w formie rozmowy czy wywiadu. W Ameryce natomiast psychiatrzy bardzo szeroko korzystają z metod zapożyczonych od psychologów, metod w znacznym stopniu dających obraz obiektywny. Z drugiej strony — sama psychologia nie potrafiła właściwie wypracować wartościowych testów charakterologicznych, musiała się więc uciec do pomocy psychopatologii.

DR W. STRYJEŃSKI jest zdania, że metoda Szondi'ego w zastosowaniu do dzieci nasuwa pewne wątpliwości. Nie można np. mówić o typie paranoidalnym u dzieci.

DR LEWICKIEGO uderza w referatach pewna jednostronność: nadmierne zwracanie uwagi na czynniki endogenne, a pomijanie czynników środowiskowych. Może to być zrozumiałe dla lekarza, ale nie dla psychologa. Są przypadki, w których do poważnych zaburzeń prowadzą właśnie czynniki środowiskowe.

DR JAROSZYŃSKI zaznacza, że istnieje dość znaczna korelacja szczebli rozwojowych wyróżnionych metodą Rorschacha z danymi psychologii rozwojowej.

Możliwości stosowania metod omówionych w referacie są duże — dają one dobre wyniki w zakresie analizy struktury i treści osobowości, co ma wielkie znaczenie tak w psychiatrii zakładowej jak i w opiece otwartej nad psychicznie chorymi.

Metoda Szondi'ego uwzględnia dość szeroko rozwojowy punkt widzenia, niebezpieczeństwo transpozycji metody na materiał dziecięcy jest w tym przypadku raczej niewielkie.

Brak referatów, poświęconych specjalnie wpływowi środowiska na psychikę, nie znaczy, aby w Instytucie ten wpływ lekceważono. Nie należy jednak popadać w krańcowość w wysuwaniu tych czynników, bo może to doprowadzić do przeoczenia aspektu biologicznego.

UZUPEŁNIENIA

Zestawienia sygnatur używanych w metodzie Rorschacha

Sygnatura I — „obszar"

W — całość plamy	Dr — część mała lub źle wydzielona	Dw, Sw — całości „konfabulowana"
D — część duża	De — część brzeżna	DS = D + S
S — część biała wewn.	s. jak S, drobna	DrS = Dr + S

Sygnatura II — „determinanta"

F — tylko kształt	FC — kształt i barwa	Y — barwa szara, czarna, biała, światłocienie
M — ruch ludzki	CF — barwa i kształt	(FY, YF, Y analogicznie do kolumny poprzedniej)
	C — tylko barwa	

Sygnatura III — „poziom form"

+ ujęcie dobre	(tylko przy sygnaturach F, M, FC, FY)
+ − ujęcie dobre z brakami	— ujęcie zupełnie złe, absurdalne
− + ujęcie raczej złe	— (vague) ujęcie mgliste, wieloznaczne

Sygnatura IV — „treść wypowiedzi"

H — postać ludzka
Hd — część postaci ludzkiej
At — anatomia kostna
Ats — anatomia miękka
A — zwierzę
Ad — część zwierzęcia
R — roślinna
X — lub Obi — przedmiot martwy
Kr — krajobraz
Orn — ornament
Arch — architektura
N — natura

Sygnatura IV — „treść wypowiedzi"

P — pospolite
O, Orig. — oryginalne
fab — fabulizacja
Konf. — k = konfabulacja
komb. — kombinacja
c. f. — kombinacja fabulizowana
inf. — infantylna

Inne określenia, np. dotyczące werbalizacji, podajemy w pełnym brzmieniu po sygnaturze.

LITERATURA

Benjamin, Hanselmann, Isserling, Lutz, Ronald. Lehrbuch der Psychopatologie des Kindesalters. Zürich, 1938. — Binder H. Die klinische Bedeutung des Rorschachschen Versuches. Schw. Arch. r. Neur. u. Psychiatrie. Band LIII, 1944, 1. — Bohm E. Die Weiterentwicklung etc. Rorschachiana 1. 1944. — Enke. Die Konstitutionstypen im Rorschachschen Experiment. Z. f. Neur u. Psych. 1927, 108. — Kanner L. Child Psychiatry. Illinois, 1947. — Murray H. A. Thematic Apperception Test, Manuel, Cambridge (U. S.), 1943. — Christeson J. A. jr. Clinical Application of the T. A. T. Journal of Abn. and Soc. Psych. 1943, 1. — Palmade G. Le Thematic Apperception Test (T. A. T.). Ann. Med. Psych. 1947, I. 2. — Rapport D., Gill M., Schafer R. Diagnostic Psychological Testing. Chicago, .1945. — Rorschach H. Psychodiagnostic - Textband, Tafelband Aufl. Bern, 1946. — Szondi L. Schicksalsanalyse. Basel, 1944. — Szondi L. Experimentelle Triebdiagnostic — Szondi - Test. Bern, 1947. — Tramer M. Lehrbuch der Allgemeinen Kinderpsychiatric. Basel, 1945. — Zulliger H. Bohn - Rorschach - Test, Textband u. Tafeln. Bern, 1941. — Jaroszyński J. Metoda Rorschacha w higienie psychicznej. Zdrowie Psychiczne, 1948, 2—4. — Dobrowolska J. Sceno-test. Zdrowie Psychiczne, 1948, 2—4.

Dr KAMILA HORWITZ-KANCEWICZOWA i Dr ZOFIA SZYMAŃSKA

ORGANIZACJA OPIEKI PSYCHO-HIGIENICZNEJ NAD DZIEĆMI W POLSCE

Dla nikogo nie ulega wątpliwości, że dziecko szkolne winno mieć zapewnioną pomoc lekarską. Postulat ten nie ulega dyskusji, realizowanie jego jest troską czynników miarodajnych.

Ubezpieczalnie Społeczne, Ośrodki Zdrowia, lekarze powiatowi i szkolni czuwają nad zdrowiem dziecka, rozwijając szeroko akcję profilaktyczną przeciw chorobom zakaźnym i społecznym — natomiast nie mniej ważna opieka psycho-higieniczna nad dzieckiem nie jest jeszcze ujęta w karby racjonalnej organizacji na szeroką skalę, aczkolwiek istniejące jeszcze temu 24 lata niezależne placówki leczniczo wychowawcze zdobyły sobie wstępnym bojem zaufanie garnącego się do nich społeczeństwa, co wymownie świadczy, jak bardzo odpowiadały potrzebie chwili.

Higiena psychiczna w założeniu swoim ma zakres działalności profilaktycznej i celem jej jest zapobieganie u jednostki normalnej predysponowanej oraz anormalnej — schorzeniom psychicznym, utrzymanie tej jednostki w równowadze psychicznej oraz doprowadzenie jej władz psychicznych do największej wydajności.

Okres dzieciństwa i lat młodzieńczych jest okresem kształtowania się osobowości jednostki. Począwszy od komórki rodzinnej poprzez wpływy szkoły, organizację wypoczynku, wychowania fizycznego, wczasów i rozrywek, kina, lektury, kolegów i przeżyć

osobistych — zależeć będzie, czy młody osobnik wstąpi w życie jako jednostka zdrowa psychicznie i fizycznie, uodporniona na wszelkie przeciwności, zahartowana i pogodna, czy też jako jednostka pełna konfliktów, urazów do społeczeństwa, skłócona z otoczeniem, niezgodna sama z sobą, nie znajdująca sobie miejsca w życiu.

Według najbardziej optymistycznych obliczeń, ilość dzieci upośledzonych umysłowo, wynosi przeciętnie 2%. Cyfrę tę podają przeciętnie wszyscy psychiatrzy w krajach europejskich. Znacznie większy odsetek obejmuje dzieci zagrożone moralnie, psychopatyczne, neuropatyczne, oraz dzieci z trudnościami wychowawczymi i trudnościami w nauce.

O tym, jak zaciążyła wojna na psychice dzieci pozbawiając je dzieciństwa, wywołując nerwice, ciężkie urazy, wykolejając i rozbudzając niejednokrotnie instynkty sadystyczne — nie będziemy mówić. Wpływ wojny na dzieci i młodzież był tematem obrad I Kongresu Międzynarodowego Pomocy Dzieciom Ofiarom Wojny w Zurychu w 1945 r., gdzie postawiono mocno sprawę organizacji pomocy licznej rzeszy dziatwy i młodzieży, która by bez tej pomocy nie wróciła do równowagi.

W 1937 r. prof. Vermeylen na Międzynarodowym Zjeździe w Paryżu zestawił ustawodawstwo dotyczące dzieci odbiegających od normy w wielu krajach; stwierdził, że żaden kraj nie posiada ustawy centralizującej wszystkie sprawy dotyczące opieki psychologicznej. Wszędzie uregulowano ustawowo tylko niektóre wybiorcze zagadnienia.

Według prof. Vermeylena ustawa o dzieciach odbiegających od normy winna objąć:

1) opiekę społeczną nad ich środowiskiem,
2) sprawę przekazywania dzieci do szpitali w wypadkach koniecznych,
3) badanie i kontrolę niedorozwoju umysłowego,
4) zakładanie i organizację szkół specjalnych,
5) kształcenie nauczycieli szkół specjalnych i personelu pracującego w szkołach i zakładach,
6) organizację opiek i patronatów dla dzieci odbiegających od normy.

Międzynarodowy Kongres Pomocy Dzieciom Ofiarom Wojny w Zurychu wyraził życzenie, aby — ze względu na urazy psychiczne, jakie wojna wyrządziła dzieciom i konsekwencje z nich wypływające — wszystkie kraje zorganizowały liczne ośrodki pedopsychiatryczne. Praca tych ośrodków winna się opierać na zespołach, których zadaniem będzie wyśledzenie, rozpoznanie i leczenie wszelkich odchyleń od normy, bądź o podłożu organicznym, bądź też uwarunkowanych wpływami kondycjonalnymi.

Uczestnicy pracy zespołowej, poza swą specjalnością, winni być przeszkoleni w zasadach psychohigieny dziecka.

Od 1937 — 1948 r. tylko kraje skandynawskie i Szwajcaria zrealizowały prawie wszystkie postulaty prof. Vermeylena i Międzynarodowego Kongresu Pomocy Dzieciom Ofiarom Wojny w Zurychu. W krajach tych każde dziecko nastręczające kłopoty wychowawcze, jest poddane badaniom w poradni leczniczo-wychowawczej i skierowane do odpowiedniego zakładu — na mocy ustawy regulującej wszystkie sprawy tyczące opieki nad dziećmi.

W Polsce w Ministerstwie Oświaty w II Departamencie, jest referat szkolnictwa specjalnego, w VII Departamencie Opieki nad Dzieckiem — referat opieki specjalnej. Oba te referaty stoją na straży szkolenia i wychowania dzieci wymagających specjalnych szkół i zakładów. Ze wszystkich zagadnień dotyczących higieny psychicznej, jedynie sprawa selekcji i szkolenia dzieci upośledzonych umysłowo — została załatwiona normatywnie.

Rozporządzenia Ministerstwa WR i OP z dnia 1936 r. /3/VIII D. Urz. Min. WR i OP. Nr 8, poz. 132, powierzyło sprawę selekcji dzieci umysłowo upośledzonych Instytutowi Pedagogiki Specjalnej, który ustalił metody kształcenia nauczycieli szkół specjalnych i wykształcił ich w badaniach selekcyjnych.

Żadne dziecko nie może się dostać do szkoły specjalnej bez uprzedniego badania psychologicznego.

Nieregulowana natomiast jest żadnym aktem ustawodawczym opieka nad dziećmi trudnymi do wychowania, psychopatami i zagrożonymi moralnie. Znikomy odsetek tych dzieci znajduje opiekę w poradniach leczniczo-wychowawczych w zależności od uświadomienia i dobrej woli kierownictwa szkół i opiekunów.

W wyniku powyższego, o ile selekcja do szkół i zakładów dla umysłowo upośledzonych jest przeprowadzana prawidłowo, o tyle do zakładów dla dzieci trudnych do wychowania, nerwowych, psychopatycznych, a szczególnie do zakładów dla nieletnich podsądnych, skierowywane są dzieci i młodzież bez przeprowadzenia należytego badania selekcyjnego, co wpływa wysoce ujemnie na ujednolicenie charakteru danej placówki wychowawczej i utrudnia niepomiernie jej pracę.

Nikt nie kwestionuje, że podstawą pracy w każdej placówce leczniczej, jak klinika, sanatorium, czy prewentorium, winno być ścisłe wyselekcjonowanie materiału. Jednak w stosunku do dzieci zdradzających pewne odchylenia od normy swym zachowaniem, czy to na skutek upośledzenia umysłowego, czy wskutek trudności wychowawczych konstytucyjnych lub kondycjonalnych, odpowiednia selekcja nie jest przeprowadzana fachowo, na czym cierpią dzieci i ich otoczenie.

Badanie psychiatryczne dorywcze, ani samo badanie psychologiczne przeprowadzane w szkole, nie mogą być miarodajne dla postawienia ścisłego rozpoznania, np. w stosunku do dziecka debila psycholog może ustalić poziom umysłowości i zaszeregować dziecko do grupy debilów, nie jest jednak zdolny wyłączyć obniżających iloraz zaburzeń hormonalnych i padaczki, które to zespoły — mimo istnienia upośledzenia umysłowego — wymagają traktowania leczniczego poza szkołą i zakładem specjalnym, ani rozpoznać poronnej postaci psychozy. Psychiatra zaś, nie uwzględniając szeregu momentów środowiskowych i nie opierając się na badaniach psychologicznych, narażony jest na popełnienie jeszcze większych błędów, które mogą zaważyć na przyszłości dziecka.

W chwili obecnej prawie we wszystkich poradniach leczniczo-wychowawczych postulat pracy zespołowej zwyciężył i nie wymaga bliższego uzasadnienia. Opinia o dziecku musi być oparta na danych środowiskowych, opinii szkoły, badaniu psychologicznym, które poza ustaleniem poziomu umysłowego, podda badanego przynajmniej jednemu z testów projekcyjnych, badaniu somatycznemu i psychiatrycznemu.

O ile te dane nie wystarczą dla sformułowania opinii — należy poddać dziecko obserwacji w świetlicy lub na oddziale neuropsy-

chiatrii dziecięcej. Z całym naciskiem podkreślamy *ważność zagadnienia prawidłowej selekcji*. Wojna spowodowała głębokie luki w szkoleniu dzieci. Stosowanie do młodzieży powojennej testów opartych na zasobie posiadanych wiadomości może spowodować wyniki wręcz błędne. Odróżnienie istotnego upośledzenia psychicznego od zacofania pedagogicznego lub częstej nerwicy powodującej inhibicję psychiczną — jest niejednokrotnie zadaniem bardzo trudnym, wymagającym intuicji i wnikliwości całego zespołu.

To też nawet w tych szkołach, które w myśl Zarządzenia Min. WR i OP z 1927 r. zostały objęte państwową opieką psychologiczną, byłoby bardzo pożądane, aby psycholog szkolny był organizacyjnie związany z poradnią leczniczo-wychowawczą.

Racjonalna organizacja opieki higieniczno - psychicznej nad dzieckiem winna obejmować następujące działy:

a) Selekcję i opiekę nad dziećmi umysłowo upośledzonymi.
b) Opiekę leczniczo-wychowawczą nad dziećmi zagrożonymi moralnie i walkę z przestępczością oraz prostytucją nieletnich.
c) Opiekę leczniczo-wychowawczą nad dziećmi z trudnościami w nauce i wychowaniu.
d) Opiekę leczniczo - wychowawczą nad dziećmi neuropatycznymi i psychopatycznymi.

A). Selekcja i opieka nad dziećmi umysłowo upośledzonymi.

Mimo istnienia szkół i zakładów specjalnych ogromny odsetek dzieci upośledzonych umysłowo lub będących na pograniczu upośledzenia umysłowego — znajduje się poza nawiasem wszelkiego oddziaływania leczniczego i wychowawczego.

Są to przeważnie dzieci chłopskie, które dotychczas korzystają z dobrodziejstwa szkoły specjalnej w minimalnym odsetku.

Rehabilitacja dziecka debila w chwili obecnej nie ogranicza się do umieszczenia go w szkole specjalnej; przy szkołach specjalnych i zakładach dla debilów powstają warsztaty zawodowe mające na celu przeszkolenie debila w odpowiednim zawodzie, w którym by mógł on być choć częściowo samowystarczalny. Sam fakt uzawodnienia debila jednak też nie rozwiązuje zagadnienia. Należy debi-

lów przeszkolonych zawodowo osiedlać w warsztatach pracy, dać im możność zarobku i stworzyć nad nimi patronaty. Wówczas dopiero akcja opieki nad dzieckiem umysłowo upośledzonym będzie doprowadzona do końca i da odpowiednie wyniki.

Jeśli się zważy, że przed wojną ilość debilów była obliczona na 2% to zagadnienie to wybiega poza ramy akcji psychohigienicznej i w chwili obecnej, gdy każda para rąk potrzebna jest do pracy, przybiera aspekt zagadnienia ogólno-państwowego.

Racjonalna i wczesna opieka nad dzieckiem debilem i głuptakiem odciąża skarb państwa od konieczności utrzymywania ich przez całe życie jako nieproduktywnych jednostek.

B). Opieka leczniczo-wychowawcza nad dziećmi zagrożonymi moralnie i walka z przestępczością nieletnich.

Obecnie istnieją dwie poradnie pedokryminologiczne oraz kilkanaście zakładów i szkół dla dzieci moralnie zagrożonych i nieletnich podsądnych. Dzieci w chwili obecnej skierowywane są do zakładów jeszcze przez sądy grodzkie (nie sądy dla nieletnich) bezpośrednio, bez żadnej kwalifikacji. W województwach poznańskim i pomorskim pokutuje jeszcze ustawa pruska.

O wychowaniu zapobiegawczym. Mimo kilkakrotnie przeprowadzanych wizytacji — do zakładów dla chłopców zagrożonych moralnie i nieletnich podsądnych trafiają jeszcze dzisiaj dzieci, których jedyną przewiną jest to, że są pozbawione opieki rodzicielskiej.

Sądy dla nieletnich współpracują przeważnie z poradniami, natomiast sądy grodzkie opierają się na ścisłym paragrafie prawa, nie biorąc pod uwagę warunków środowiskowych, ani osobowości podsądnego. Dzieci te i młodzież są w chwili obecnej prawie zupełnie pozbawione opieki psychohigienicznej, tym bardziej, że personel zakładowy rekrutuje się z ludzi młodych, pozbawionych specjalnego przygotowania i doświadczenia.

Jako maksymalny postulat należałoby wysunąć życzenie, aby każdy zakład wychowawczo-leczniczy był pod stałą opieką psychiatry i psychologa. Wobec braku fachowców jest to w tej chwili życzenie nie do zrealizowania. Natomiast należy dążyć do tego, aby kwalifikowanie dzieci do powyższych zakładów było ujęte aktem

ustawodawczym i odbywało się wyłącznie przez poradnie leczniczo-wychowawcze. Poza kwalifikacją poradnia powinna być w kontakcie z zakładem, służyć kierownictwu w każdej okoliczności swą fachową radą, czuwać na tym, czy zlecenia jej są spełniane i w jakim zakresie oraz zainteresować się losem dziecka lub młodzieńca szczególnie w chwili, gdy opuszcza zakład. Poradnia winna zainicjować zakładanie patronatów opiek nad byłymi wychowankami i utrzymywać z nimi kontakt. Badania podsądnych winny być przeprowadzane w schroniskach, nieletni podsądny winien być skierowany do zakładu na podstawie opinii poradni, która powinna być mocno brana pod uwagę przy wydawaniu wyroku.

Ścisła współpraca sędziego dla nieletnich z poradnią leczniczo-wychowawczą lub pedokryminologiczną jest niezbędna dla postawienia zagadnienia na należytym poziomie.

C). Dzieci z trudnościami wychowawczymi i trudnościami w nauce na tle warunków kondycjonalnych.

Dzieci te stanowią większość materiału poradnianego powojennego.

W związku z bardzo silnie zaznaczonym rozbiciem rodzin, wzrostem sieroctwa i półsieroctwa — są one przeważnie pozbawione należytej opieki. Matki zajęte pracą zarobkową, same niezrównoważone psychicznie, są po większej części niezdolne do zrealizowania wskazówek wychowawczych poradni, bądź to wskutek braku czasu, bądź wskutek braku umiejętności.

Specjalną uwagę należy zwrócić na dzieci i młodzież o ilorazach od 70 — 80. Dzieci te zazwyczaj nie są w stanie przejść przez szkołę powszechną o własnych siłach, zniechęcają się do nauki, wagarują. W dużym odsetku zasilają kadry nieletnich podsądnych. Zagadnienie to wymaga zwrócenia nań czujnej uwagi władz oświatowych. W poradni leczniczo-wychowawczej dzieci te są „codziennym chlebem".

Dopóki dla tych dzieci nie będą stworzone przy szkołach podstawowych klasy pomocnicze, dopóki przy szkołach nie będzie świetlic całodziennych (gdzie by dzieci pozbawione troski rodzicielskiej mogły przebywać w kulturalnych warunkach i miały zapew-

nioną opiekę wychowawczą) — zrealizowanie opieki psychohigienicznej nad tą rzeszą dzieci będzie fikcją. Nie można bowiem traktować tego zagadnienia osobniczo i leczyć poszczególne jednostki, lecz na drodze społecznej, organizując szeroką akcję profilaktyczno-opiekuńczą, na terenie świetlicy, w ścisłym porozumieniu z terenowymi placówkami leczniczo-wychowawczymi.

D. Opieka psychohigieniczna nad dziećmi psycho-i neuropatycznymi.

Każde dziecko podejrzane o psycho- lub neuropatię winno znaleźć opiekę leczniczo-wychowawczą w poradni zespołowej.

Na dzieci powyższe winni zwrócić uwagę — poza nauczycielami — lekarze ubezpieczalni społecznych, ośrodki zdrowia, lekarze szkolni etc. Poradnia leczniczo - wychowawcza winna mieć możność umieszczenia dziecka w zakładzie leczniczym, na oddziale obserwacyjnym, w szkole leśnej, etc.

Warunki życia w przeładowanych mieszkaniach, hałas uliczny, nadmierne tempo pracy, przeciążenie licznymi obowiązkami szkolnymi wyczerpują układ nerwowy dzieci, powodując niejednokrotnie objawy groźne, jak bezsenność, uporczywe bóle głowy, wybitną męczliwość, drażliwość, uporczywy brak łaknienia, nadpobudliwość psychoruchową.

Kilkumiesięczny wypoczynek w odpowiednich warunkach wystarczyłby dla restytucji sił psychofizycznych. Lekceważenie zagadnienia nerwowości dziecka przyczynia się do jej pogłębienia i może poważnie zaważyć na losach dziecka.

Niestety w chwili obecnej dysponujemy dla dzieci nerwowych 60 łóżkami w 2 zakładach, co wymownie świadczy o tym, jak dalece zagadnienie to jest niedoceniane przez lekarzy i kierowników lecznictwa społecznego.

Rzut oka na mapę wyjaśni, co w zakresie potrzeb opieki psychohigienicznej nad dziećmi zostało obecnie zrealizowane.

Szkół specjalnych dla dzieci upośledzonych umysłowo jest w Polsce 148
Zakładów dla dzieci debilów i imbecylów 16
(obejmują one 980 dzieci).

Zakładów dla dzieci moralnie zagrożonych i nieletnich podsądnych 29
(obejmują one około 2.500 dzieci).
Zakładów dla neuropatów, psychopatów i epileptyków. 8
(obejmują one 260 dzieci).

Cyfry te świadczą o tym, że aczkolwiek mamy w Polsce zakłady specjalne i leczniczo-wychowawcze wszelkich typów, to jednak nie docierają one do mas; zaspokajają tylko w znikomej części potrzeby dziatwy i młodzieży.

Przed wojną było 68 poradni leczniczo-wychowawczych i zawodowych.

Obecnie jest ich 28.

Liczbowo jest ich więc znacznie mniej, natomiast rozmieszczone są korzystniej. Prawie całe poradnictwo jest obecnie scentralizowane w Państwowym Instytucie Higieny Psychicznej, który posiada centralę w Warszawie, filie prawie we wszystkich miastach wojewódzkich, a w niektórych miastach według potrzeb terenu — podfilie.

Jeżeli dotychczas poradnie te nie rozwinęły w całej pełni swej działalności, wynika to z braków spowodowanych zawieruchą wojenną. Szczupłość pomieszczeń, niemożność znalezienia odpowiednich lokali, brak wykwalifikowanych psychologów, psychiatrów i wywiadowców społecznych stoi na przeszkodzie, aby poradnie ogarnęły swoją działalnością większą ilość jednostek. Powyższe okoliczności hamują rozwój przewidzianych poradni ruchomych, których celem jest udostępnienie wsi korzystania z racjonalnej porady leczniczo-wychowawczej.

Jak bardzo jednak jest mimo wszystko spopularyzowane zagadnienie racjonalnej opieki psycho-higienicznej nawet na wsi, świadczy ruch pacjentów, którzy docierają do filii i do centrali Państwowego Instytutu Higieny Psychicznej z najodleglejszych zakątków kraju.

Higiena psychiczna, będąc w założeniu nauką biologiczno-lekarską, wchodzi jednak w bliższą korelację z psychologią, socjologią i pedagogią i wkracza w dziedzinę nauczania, wychowania, opieki społecznej, sprawiedliwości, nawet przemysłu (poprzez poradnic-

two zawodowe, higienę szkolną, badania dla „domów dziecka“, badania pedokryminologiczne etc.).

Stąd wypływa konieczność ścisłej współpracy z Ministertwami Oświaty, Opieki Społecznej, Sprawiedliwości, Przemysłu.

Organizacja racjonalnej opieki psycho-higienicznej musi się w pierwszym rzędzie oprzeć na następujących przepisach normatywnych.

I. Szeroko zakreślonej opiece psycho-higienicznej przy współdziałaniu z opieką społeczną (Opieka nad dziećmi mającymi trudności w pracy szkolnej lub nastręczającymi trudności wychowawcze. Badanie tych wypadków w szkołach lub skierowywanie do odpowiednich poradni). Profilaktyka: ośrodki obserwacyjne, internaty wychowawcze.

II. Roztoczenie opieki nad dziećmi podsądnymi, trudnymi do wychowania, odbiegającymi od normy pod względem psychicznym winno być ujęte karbami instrukcji regulującej kwalifikowanie do zakładów leczniczo-wychowawczych specjalnych, zwalnianie z nich wychowanków i współpracę placówek leczniczo-wychowawczych z kierownictwem zakładów.

Kwalifikowanie winno odbywać się w miarę możności na zasadach ogólnego podziału zakładów leczniczo-wychowawczych, np. debil podsądny winien się znaleźć w zakładzie, gdzie jest szkoła specjalna, a nie gdzie go kwalifikuje konflikt z prawem karnym.

Obecnie nie możemy, niestety, zapewnić każdemu dziecku zgłoszonemu do poradni leczniczo - wychowawczej odpowiedniej formy opieki — możemy natomiast dążyć do tego, aby *żadne* nie było przyjęte do zakładu wychowawczego specjalnego i leczniczo-wychowawczego bez odpowiedniej kwalifikacji.

W przewidzianej rewizji kodeksu karnego w stosunku do nieletnich winni przyjąć czynny udział psychologowie i pedopsychiatrzy dla przeprowadzenia nieodzownych reform.

W chwili obecnej poważne trudności w roztoczeniu opieki nad dzieckiem stanowi rozdział spraw tyczących nieletnich pomiędzy poszczególne wydziały sądu grodzkiego i sąd okręgowy — w zależności od rodzaju przestępstwa. Sędzia karny, który stwierdza np., że dziecko kradnie, nie może sam wydać wyroku zawieszającego prawa do opieki rodzicielskiej. Zawiesić prawo do opieki lub ode-

brać dziecko rodzicom może wyłącznie władza opiekuńcza (sąd cywilny).

Wszystkie te trudności rozwiązałoby stworzenie wydziału dla nieletnich, gdzie rozpatrywano by całokształt spraw z zakresu przestępczości nieletnich nie z punktu widzenia kategorii sprawy, ale wieku przestępcy.

Kompetencje osobnych sądów dla nieletnich należało by rozciągnąć na młodzież do 18-go roku życia, tj. do osiągnięcia pełnoletności.

Jako postulat na przyszłość należy dążyć do utworzenia urzędów młodzieżowych na wzór Szwecji i Szwajcarii. Urzędy młodzieżowe, oparte na zespołowej pracy pedagogów, społeczników, lekarzy i psychologów regulują wszystkie sprawy dotyczące opieki nad dziećmi. Sędzia urzędu młodzieżowego ma kompetencje sędziego dla nieletnich, zarządzenia jego jednak tym się różnią od zarządzeń sądowych, że nie mają na celu odwetu karnego, lecz dążenie do jak najszybszej resocjalizacji nieletniego. Mimo przetrzebionych szeregów psychologów, wychowawców i nauczycieli czynniki miarodajne doceniając, jak ważne jest zorganizowanie racjonalnej opieki psychohigienicznej nad dziećmi i młodzieżą — postawiły to zagadnienie na jednym z pierwszych miejsc.

Centrala Instytutu Higieny Psychicznej i filie uruchamiane w miarę potrzeb terenowych, w chwili obecnej zaspakajają tylko drobną część potrzeb kraju. Jednakże planowanie prawie 100% wykonywane, wskazuje, na podstawie lat ubiegłych, że Instytut ogarnia coraz szersze kręgi społeczeństwa.

W Centrali czynny jest oddział kliniczny, obserwacyjny dla lżejszych form zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Ze względu na swój charakter (lżejsze przypadki wymagające metod pedagogiki leczniczej i terapii wychowawczej oprócz metod lekarskich) jest niepożądane, aby oddział taki był włączony do szpitala psychiatrycznego. W 1950 r. jest przewidzianych 8 oddziałów z ogólną liczbą 360 miejsc. Oddziały te pozwolą na pogłębienie obserwacji, która na terenie poradni nie zawsze może być wyczerpująca.

Jako dalszy etap lecznictwa przewidziane są zakłady wychowawczo-lecznicze. W chwili obecnej Instytut posiada 4 zakłady dla

dzieci nerwowych i psychopatycznych oraz 1 zakład dla dzieci oligofrenicznych.

Przewidziane jest w ciągu 2 lat uruchomienie jeszcze 3 zakładów dla dzieci psychopatycznych i nerwowych. W okresie letnim Instytut rozbuduje jeszcze szerzej akcję kolonii dla dzieci odbiegających od normy i wymagających opieki specjalnej.

Ministerstwo Oświaty przewiduje w planie sześcioletnim zorganizowanie szeroko pojętej akcji opiekuńczej nad dziećmi podsądnymi przez rozbudowę schronisk w każdym mieście wojewódzkim, co pozwoliłoby na zlikwidowanie przetrzymywania dzieci w więzieniach, zjawiska absurdalnego i sprzecznego z pojęciami naukowymi i humanitarnymi. Dążeniem Ministerstwa Oświaty jest, aby każde Kuratorium tak rozbudowało sieć zakładów specjalnych, aby było samowystarczalne.

W chwili obecnej zrealizowanie tych zamierzeń napotyka na duże przeszkody. Na terenie m. Warszawy taką przeszkodą jest brak pomieszczeń, nawet dla schroniska, którego potrzebę doceniają wszystkie czynniki, na terenie zaś kraju — konieczność przystosowania pomieszczeń i brak wykwalifikowanego personelu, który jest najpoważniejszym czynnikiem tamującym rozwój placówek psychohigienicznych. Tym niemniej należy podkreślić, że i w tej dziedzinie zaznaczony jest duży postęp.

Instytut Pedagogiki Specjalnej, który dotychczas z braku pomieszczenia nie mógł rozwinąć swej działalności — obecnie we własnej siedzibie kształci 65 przyszłych nauczycieli szkolnictwa specjalnego i kierowników zakładów specjalnych..

Referat Opieki Specjalnej Ministerstwa Oświaty zamierza urządzić kurs przeszkoleniowy dla wychowawców. Absolwenci Wyższej Szkoły Higieny Psychicznej będą zasilać kadry personelu leczniczo-wychowawczego (przeniosą na teren praktyczny wiedzę zdobytą w Instytucie) i to w liczbie coraz poważniejszej, biorąc pod uwagę, że b. roku szkolnym studiuje przeszło 500 osób.

Podkreślamy ten fakt, gdyż mimo iż rozwój placówek leczniczo-wychowawczych odgrywa dużą rolę w organizacji racjonalnej opieki psychohigienicznej nad dziećmi — większą rolę odgrywa akcja profilaktyczna w postaci szeroko rozbudowanych placówek opieki otwartej, jak przedszkoli, świetlic, półinternatów.

Wśród materiału dziecięcego, który się będzie przewijać przez te placówki, niewątpliwie niejedno dziecko będzie wymagało opieki specjalnej. Powiązanie pracy pedagoga z poradnią terenową, ewentualnie psychologiem, który by objął swą opieką szereg placówek i był organizacyjnie związany z poradnią — dałoby możność zastosowania akcji zapobiegawczej i stłumienia zła w zarodku.

Ostatnim ogniwem akcji opiekuńczej nad dziećmi i młodzieżą jest popularyzacja zagadnienia przez wydawnictwa i odczyty.

Konieczność uświadomienia rodziców nie wymaga specjalnego uzasadnienia.

Akcja wydawnicza Instytutu zatacza coraz to szersze kręgi, broszury popularne cieszą się uznaniem publiczności.

Jest jednak pewna forma opiekuńcza, na którą należałoby zwrócić uwagę — mianowicie stworzenie na terenie poradni specjalnego poradnictwa dla domów dziecka i zakładów wychowawczych. Nie idzie tu bowiem o to, aby badać indywidualnie wychowanków tych instytucji, lecz omawiać z kierownikami i personelem wychowawczym — na tle pewnego poszczególnego przypadku — pewne zasadnicze zagadnienia z zakresu opieki higieniczno - lekarskiej nad powierzoną im dziatwą.

Poradnia powyższa powiązałaby organizacyjnie pracowników Instytutu z terenem, przyczyniłaby się do krzewienia zasad higieny psychicznej wśród ludzi posiadających częstokroć dużo dobrej woli i intuicji, lecz pozbawionych podstaw teoretycznych.

Pobieżny krótki szkic nie wyczerpuje oczywiście zagadnienia, jest on tylko podstawą do stworzenia platformy współpracy dla wszystkich, którzy doceniają ważność zagadnienia racjonalnej opieki psychohigienicznej nad dzieckiem.

DYSKUSJA

Podkreślono brak dostatecznej liczby wykwalifikowanych wychowawców, nauczycieli i psychologów w zakładach i szkołach specjalnych, konieczność rozbudowy ilości zakładów leczniczo-wychowawczych, potrzebę tworzenia przedszkoli specjalnych, organizowania domów dziecka dla upośledzonych umysłowo, organizowania dla nich specjalnych zakładów pracy lub wprowadzenia ustawowego obowiązku zatrudniania pewnego procentu debili, przeniesienia punktu ciężkości opieki nad dzieckiem upośledzonym na opiekę otwartą, rozszerzenia zakresu opieki psycho-higienicznej nad dziećmi trudnymi i nerwowymi.

DR WŁADYSŁAW STRYJEŃSKI

ZAGADNIENIA PRAWNE ZWIĄZANE Z ALKOHOLIZMEM

Podstawą do ingerencji nowoczesnego państwa w dziedzinie używania i nadużywania alkoholu przez obywateli jest przeświadczenie, że sprawa ta wykracza poza sferę indywidualnej przyjemności i indywidualnego losu jednostki. Zatruwanie się chroniczne alkoholem nie jest wyłącznie sprawą zdrowia, lecz pociąga za sobą szereg skutków niebezpiecznych z punktu widzenia społecznego. W węższym zakresie możemy mówić o niebezpieczeństwie kryminalnym, o ile rozpatrujemy alkoholizm w związku z przestępczością oraz w szerszym ujęciu — o niebezpieczeństwie socjalnym, biorąc pod uwagę wszelkie skutki społecznie ujemne. Wśród tych należy wymienić jako najważniejsze: jakościowe i ilościowe zmniejszenie wydajności pracy, obniżenie stopy życiowej dochodzące do pauperyzacji i konieczności wkraczania opieki społecznej oraz zagrożenie bezpieczeństwa pracy. Do tych przejawów nadużywania alkoholu dochodzi — jako może najważniejszy pod względem społecznym — wpływ alkoholizmu na los rodziny. Ekonomiczne i psycho - socjalne skutki pijaństwa w obrębie rodziny powodują jej rozkład, stwarzają podkład do psychonerwowych reakcji u dzieci i uniemożliwiają normalne wychowanie. Codzienne doświadczenia pedagogiki leczniczej i psychiatrii dziecięcej pozwalają na dostatecznie uzasadnione wnioski w tej dziedzinie. Nowoczesne państwo, w samym założeniu wszechstronnie dbałe o losy młodego pokolenia, nie może przejść do porządku dziennego nad wymienionymi zagadnieniami. Walka z alkoholizmem staje się problemem ochrony zdrowia psychicznego ludności.

Ustawodawstwo polskie dotyczące alkoholizmu jest zawarte w prawie administracyjnym i prawie sądowym. Przepisy natury administracyjnej objęte są tzw. ustawą przeciwalkoholową, uchwaloną przez sejm w pierwotnej postaci w r. 1920, a w ciągu następnego 20-lecia kilkakrotnie zmienioną, a raczej amputowaną. Przepisy jej w zakresie dzisiaj obowiązującym można z grubsza podzielić na prohibicyjne, tj. ograniczające konsumcję, a raczej sprzedaż napojów alkoholowych oraz represyjne, a więc pociągające za sobą sankcje karne za pogwałcenie przepisów. Przepisy ograniczające uwzględniają miejsce, czas i osoby. Co do miejsca zakazana jest sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych zawierających więcej niż 4,5^{0} alkoholu (z wyjątkiem piwa): 1) w pociągach oraz na całym obszarze zabudowań kolejowych, 2) w zabudowaniach koszarowych i obozach wojskowych, 3) w zabudowaniach fabrycznych i przemysłowych, w pomieszczeniach straży ogniowej oraz w lokalach i miejscach przeznaczonych do ćwiczeń sportowych i gimnastycznych, 4) w domach ludowych i w miejscach przetargów publicznych, 5) w lokalach oddanych do użytku służby publicznej. Ponadto ustawa postanawia, że lokale detalicznej sprzedaży nie mogą być pomieszczone w odległości krótszej niż 100 m od zewnętrznych granic budynków, w których mieszczą się świątynie, klasztory, szkoły, zakłady naukowe i wychowawcze, sądy, więzienia, dworce i stacje kolejowe, koszary, zakłady zatrudniające więcej niż 50 robotników. Wyjątki od powyższych zakazów dotyczą restauracji i bufetów kolejowych oraz wagonów restauracyjnych, kasyn wojskowych oraz udzielania zezwoleń na sprzedaż alkoholu w czasie zabaw.

Czasowe ograniczenia dotyczą: 1) dni świątecznych, przy czym ograniczenie obowiązuje od godz. 6 do 14, 2) wojewoda może zakazać sprzedaży lub wyszynku napojów alkoholowych celem utrzymania porządku i spokoju publicznego w pewnych miejscowościach lub rejonach na czas wyborów, poboru wojskowego lub mobilizacji, wprowadzenia sądów doraźnych, stanu wyjątkowego, tłumnych zebrań ludności oraz 3) w soboty i inne dni wypłat robotnikom od godz. 14.

Jeżeli chodzi o ograniczenia personalne, to ustawa zakazuje sprzedaży detalicznej lub podawania do spożycia w lokalach publicznych napojów zawierających jakiekolwiek ilości alkoholu (a więc i piwa) nieletnim lub uczniom szkół niższych, bez względu na wiek.

Ponadto można — choć zakaz taki nie jest wyraźnie w ustawie sformułowany — wywnioskować z brzmienia przepisów karnych, że podawanie alkoholu osobom będącym już w stanie nietrzeźwości jest zakazane. Sankcje karne mają być stosowane z jednej strony wobec osób przekraczających zakazy ustawy, przede wszystkim zakazy ograniczające sprzedaż, oraz wobec osób znajdujących się w stanie nietrzeźwości, przy czym ustawa rozróżnia dwa wypadki, tj. nietrzeźwość z zachowaniem wywołującym publiczne zgorszenie oraz obecność w miejscu publicznym w stanie nietrzeźwości bez względu na zachowanie.

Nawiązując do przepisów karnych chciałbym wypowiedzieć kilka krytycznych uwag o obowiązujących przepisach ustawy przeciwalkoholowej. Jeżeli ktoś sobie zaprószył głowę na imieninach i w podchmielonym stanie wraca do domu, wywołując swym zachowaniem publiczne zgorszenie, powinien być zatrzymany przez milicję, co pociąga za sobą areszt lub grzywnę. Wypadek tego rodzaju może u danego osobnika być jednorazowy i może nie zachodzić potrzeba, by dalej się nim zajmować. Represja może działać odstraszająco i czynić zadość dążeniom do utrzymania spokoju i porządku publicznego. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy mamy do czynienia z chronicznym alkoholizmem. Osobnicy tacy przez areszt lub skazanie na grzywnę, nawet kilkakrotne, chyba z wyjątkowych wypadkach pozbędą się nałogu. Stan upojenia może nie wywołać drastycznego zachowania w miejscu publicznym, awantura natomiast zaczyna się dopiero w domu. Asocjalne zachowanie się w rodzinie i omówione na wstępie skutki pijaństwa dające się we znaki rodzinie nie podpadają w ogóle pod działanie ustawy przeciwalkoholowej. Tutaj istnieje luka ustawowa. Sam fakt zatrzymania przez milicję i nałożenie kary w tej lub innej formie nie pociąga za sobą żadnych dalszych skutków o charakterze leczniczym czy też profilaktycznym.

Konieczne jest, by ujawnienie, przez zatrzymanie milicyjne, recydywującego pijaństwa pociągało w następstwie wkroczenie automatyczne tych czynników, które w akcji przeciwalkoholowej są przede wszystkim zainteresowane i kompetentne, tj. sądu jako władzy opiekuńczej, publicznej służby zdrowia oraz opieki społecznej. Zadanie sygnalizowania niebezpieczeństwa socjalnego, istniejącego u danego osobnika na skutek opilstwa, musi przypaść zorganizowa-

nemu czynnikowi higieniczno - psychicznemu w poradni przeciwalkoholowej lub innej komórce higieniczno-psychicznej. Wywiad społeczny pozwoli stwierdzić, jakie zarządzenia ku dobru danego osobnika oraz jego rodziny są potrzebne i wspomniana komórka będzie tym czynnikiem, który się zwróci do innych czynników kompetentnych, obejmując samą główną część zadania. Aczkolwiek ustawa przeciwalkoholowa zawiera istotnie szereg przepisów o charakterze profilaktycznym, to ma ona jednak na ogół charakter głównie represyjny i prohibicyjny i nie zajmuje się wytycznymi dla postępowania w stosunku do ujawnionego alkoholizmu.

W związku z tym chciałbym wymienić przepisy nowego prawa polskiego, osobowego i opiekuńczego, które dotyczą interesującego nas zagadnienia i mogą w walce z alkoholizmem odegrać pośrednio ważną rolę. Sąd może ubezwłasnowolnić częściowo osobę pełnoletnią, która z powodu nałogowego pijaństwa lub narkomanii naraża siebie lub rodzinę na niebezpieczeństwo niedostatku lub wymaga pomocy do prowadzenia swoich spraw albo zagraża bezpieczeństwu innych osób. Ubezwłasnowolnienie częściowe pociąga za sobą ograniczenie w zdolności do działań prawnych np. rozporządzania swoim majątkiem bez zgody kuratora. Osoba ograniczona w działaniu może wprawdzie zobowiązać się do pracy za wynagrodzeniem i rozporządzać swoim zarobkiem, jednakże—co należy podkreślić — to prawo rozporządzania swoim zarobkiem może być przez władzę opiekuńczą również ograniczone. Z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie może wystąpić małżonek, krewni w linii prostej (a więc rodzice i dzieci), przedstawiciel ustawowy i prokurator. Ponieważ członkowie rodziny — przede wszystkim z obawy zemsty zainteresowanego — niełatwo decydują się na postawienie wniosku, przeto najważniejsza rola jako wnioskodawcy przypada, moim zdaniem, prokuratorowi.

Prokurator musi się jednak od kogoś dowiedzieć o wskazaniu do postawienia wniosku. Jeżeli rodzina nie doniesie prokuratorowi, powinna to uczynić poradnia przeciwalkoholowa względnie inna komórka higieniczno - psychiczna. Sąd może, lecz nie musi, zażądać przed wszczęciem postępowania świadectwa lekarskiego, jednak w przeciwieństwie do postępowania ubezwłasnowolniającego z powodu choroby psychicznej, badanie przez biegłych nie jest konieczne.

Postanowienie wydaje sąd okręgowy po przeprowadzeniu rozprawy. Władzą opiekuńczą jest sąd grodzki. W analogii do obowiązków opiekuna w razie zupełnego ubezwłasnowolnienia, kurator obowiązany jest dbać m. in. o leczenie i umieszczenie w razie potrzeby w zakładzie leczniczym za zgodą władzy opiekuńczej, która z własnej inicjatywy może zarządzić umieszczenie w zakładzie leczniczym. Wydaje mi się, że nowe przepisy ustawowe w zakresie nas interesującym są mało jeszcze znane poza sferami prawniczymi i za mało wykorzystane w walce z alkoholizmem i jego społecznymi skutkami. Wszczęcie postępowania o ubezwłasnowolnienie pociąga za sobą konieczność wejrzenia w stosunki rodzinne i może spowodować wtórnie, dla dobra rodziny, zarządzenia mające sankcję sądową. Zapowiedź możliwości ubezwłasnowolnienia może, jeżeli zainteresowany dość wcześnie zostanie o tym uświadomiony, nieraz podziałać hamująco i pomóc w oddziaływaniu leczniczym. Ubezwłasnowolnienie częściowe nie pozbawia możności pracy i zarobku i rozporządzania tym zarobkiem, przy czym jednak sąd może ograniczyć prawo rozporządzania na rzecz np. rodziny. Wreszcie istnieje możliwość umieszczenia alkoholika w zakładzie leczniczym bez zgody zainteresowanego. Ta sprawa wymagałaby moim zdaniem pewnego uzupełnienia, a to w tym sensie, że sąd powinien być władny zarządzić umieszczenie w zakładzie leczniczym nim ubezwłasnowolnienie zostało postanowione. Taki przepis zawierała austrjacka ordynacja o ubezwłasnowolnieniu, obowiązująca aż do ubiegłej wojny na terenie małopolskim. Sąd mógł uzależnić wydanie postanowienia od warunku przeprowadzenia leczenia w odpowiednim zakładzie w czasie z góry oznaczonym, jednym słowem odroczyć ubezwłasnowolnienie aż do czasu, kiedy można będzie ocenić wyniki leczenia. Aczkolwiek nie posiadamy w prawie polskim takiego przepisu, to wydaje mi się, że proceduralnie jest to dopuszczalne. Wyobrażam sobie, że sąd w toku postępowania albo nawet prokurator przed postawieniem wniosku może odroczyć dalszy bieg postępowania w razie poddania się zainteresowanego leczeniu w poradni lub lecznicy. Wreszcie istnieje możliwość wprowadzenia takiego przepisu w ustawie regulującej przymusowe leczenie alkoholików wogóle. W uzupełnieniu omawiania przepisów prawa cywilnego należy dodać, iż nałogowe pijaństwo jest dostatecznym powodem do orzeczenia rozwodu, jeżeli sąd stwierdzi

stały rozkład pożycia małżonków, a wzgląd na dobro niepełnoletnich dzieci nie stoi na przeszkodzie.

Wracając do ustawy przeciwalkoholowej pragnę zwrócić uwagę na szereg punktów wymagających ustawowego rozszerzenia względnie uzupełnienia.

1. Należy skasować istniejący w ustawie wyjątek i zakazać sprzedaży wódki w restauracjach i bufetach kolejowych oraz w wagonach restauracyjnych. Nie widzę powodu, dlaczego przywilej ten dla wódki miałby być utrzymany. Jest to zagadnienie nie dotyczące wyłącznie podróżnych konsumujących, lecz również całego personelu zajętego w służbie komunikacyjnej. Aczkolwiek władze nadzorcze kolejowe wydały bardzo surowe przepisy dla zwalczania alkoholizmu, to nieskasowana ustawowo możliwość nabycia alkoholu na dworcach nie przyczynia się do usprawnienia służby. To samo dotyczy dworców autobusowych.

2. W związku z powyższym konieczne jest dać podstawę prawną dla sankcji karnych wobec osób, które wykonują zawody lub są zatrudnione w działach pracy, z którymi bezpieczeństwo innych osób jest szczególnie związane, jeżeli te osoby przez używanie nawet w miernej ilości alkoholu podczas pełnienia obowiązków narażają bezpieczeństwo na szwank. W drastycznych przypadkach mogą być stosowane przepisy kodeksu karnego, chodzi jednak o działanie zapobiegawcze.

3. Sprzedaż alkoholu w spółdzielniach i wszelkich miejscach sprzedaży artykułów codziennej potrzeby powinna być zakazana. Należy wyraźnie stwierdzić, że wytwory monopolu spirytusowego bywają rozprowadzane przez spółdzielnie spożywców. — Poza oczywistymi skutkami ujemnymi takiego postępowania, należy podkreślić, że sprzedaż alkoholu w spółdzielniach sprzeciwia się zasadniczym ideowym podstawom spółdzielczości ustalonym już przez pionierów roczdalskich.

4. Tam, gdzie w ustawie mowa o zakazie sprzedaży wódki w domach ludowych należy dodać: świetlice, albo w rozporządzeniu wykonawczym rozszerzyć wykładnię, obejmując domami ludowymi również świetlice.

5. Zezwolenia na wyszynk wódki na zabawach w domach ludo-

wych, świetlicach i innych lokalach przeznaczonych dla kultury i oświaty nie powinny być udzielane.

6. Sankcje karne powinny być stosowane wobec osób, które w zabudowaniach fabrycznych i przemysłowych, w pomieszczeniach straży ogniowej, w lokalach i miejscach przeznaczonych do ćwiczeń sportowych i zawodów, konsumują wódkę przyniesioną ze sobą. Wydaje mi się, że zakaz sprzedaży jest niewystarczający. Wielokrotnie już podnoszono, że objawy zdziczenia spostrzegane u widzów na zawodach sportowych są spowodowane nieraz przez nadużycie alkoholu, konsumowanego na miejscu. W ten sposób bywa też sprzedawany pokątnie alkohol.

7. Wojewodowie względnie rady narodowe wojewódzkie lub nawet powiatowe powinny mieć uprawnienie do czasowego zakazu sprzedaży alkoholu nie tylko w dnie wypłat robotnikom, lecz w inne dnie, a nawet przez dłuższy okres czasu, jeżeli stwierdza się szczególne nasilenie się alkoholizmu w danym terenie. Opinia publiczna domaga się gdzieniegdzie wprowadzania dni bezalkoholowych. Czasowe zakazy sprzedaży mogłyby działać jako napomnienie. Zupełną prohibicję, jako środek działający stale, należy bardzo ostrożnie stosować; myśląc bowiem realnie, musimy się liczyć z psychologicznymi przesłankami używania alkoholu w ogóle, gdyż istnieje zawsze niebezpieczeństwo potajemnych gorzelni, bimbru, nadużyć i innych ujemnych objawów. Czasowe jednak, a nawet periodycznie powtarzające się zakazy mogą mieć dodatnie skutki.

8. Ze względu na szczególną wagę zagadnienia alkoholizmu wśród młodzieży należy obostrzyć sankcje karne wobec osób sprzedających lub podających napoje alkoholowe nieletnim.

Wspomnieliśmy o postępowaniu w stosunku do alkoholików w razie naruszenia spokoju czy też porządku publicznego. Sprawa ta wymaga rozwinięcia i uzupełnienia. Leczenie w poradni czy też w zakładzie leczniczym ma charakter leczniczy i profilaktyczny, bywa również czasem tzw. środkiem zabezpieczającym w znaczeniu społecznym. Sprawa jest prosta, jeżeli mamy do czynienia z wyraźnymi zaburzeniami psychicznymi na tle alkoholizmu, w szczególności z ostrymi psychozami. Przekonanie najbliższego otoczenia o konieczności leczenia nie przedstawia w tych wypadkach naogół trudności. Prawna strona zagadnienia nie nasuwa wątpliwości, gdyż uprawnie-

nia do użycia przymusu wobec osoby dotkniętej chorobą psychiczną na ogół się nie kwestionuje. Inaczej się rzecz przedstawia z alkoholizmem, szczególnie w początkowych fazach. Co robić, jeżeli alkoholik nie chce dobrowolnie poddać się leczeniu? Opinia społeczna nie traktuje już rozwiniętego alkoholizmu na równi z chorobą psychiczną, zresztą, jak już mieliśmy sposobność nadmienić, prawo cywilne jak również karne wyodrębnia nałogowe pijaństwo. Wydaje mi się jednak, że znana symptomatologia alkoholizmu z objawami jak bezwolność, brak krytycyzmu, uleganie wpływom środowiskowym ujemnym nasuwa konieczność wprowadzenia przymusu leczenia. Mimo jednak wskazań do jak najwcześniejszego leczenia, musimy ograniczyć podstawy do stosowania przymusu do tych wypadków, kiedy istnieją przesłanki wymienione w prawie o ubezwłasnowolnieniu, a więc niebezpieczeństwo niedostatku dla danego osobnika lub jego rodziny oraz groźba dla bezpieczeństwa innych osób. Sądzę, że te kryteria są dość szerokie i pokrywają się częściowo ze wskazaniami lekarskimi, a w pojęciach niebezpieczeństwa i groźby tkwi moment profilaktyczny — nie potrzeba zatem czekać, aż niedostatek zaistnieje, a groźba się urzeczywistni.

W razie ujawnienia konieczności przymusowego leczenia alkoholika po odmowie leczenia dobrowolnego lub niedostatecznych jego wynikach, odpowiednie zarządzenie wydałaby władza administracyjna II instancji, a więc wojewoda, a to na wniosek lekarza powiatowego, działającego z ramienia administracji powiatowej i publicznej służby zdrowia.

Uprawnienie do stawiania wniosków o przymusowe leczenia powinny mieć również władze nadzorujące zawody lub zatrudnienia ważne dla bezpieczeństwa innych osób oraz — jak wyżej wspomniałem—sąd w toku postępowania o ubezwłasnowolnienie. Aby uspokoić jakiekolwiek obawy o nadużycia, należy przewidywać możność wniesienia sprzeciwu przez zainteresowanego, który rozstrzygałaby niezawisła komisja złożona z sędziego, przedstawiciela służby zdrowia oraz psychiatry. Uważam, że przepisy o przymusowym leczeniu alkoholików (jak również innych narkomanów) powinny się znaleźć w projektowanej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego ludności.

Poruszyłem w moim referacie najważniejsze, jak mi się wydaje, zagadnienie prawne związane z alkoholizmem, nie omawiałem przy

tym różnych systemów ustawowych, istniejących w innych krajach. Uważam, że zagadnienie alkoholizmu i walki z nim jest specyficzne dla każdego kraju. Rozwiązanie tych spraw zależne jest od obyczajów, przyzwyczajeń, charakteru narodowego i temperamentu oraz tych lub innych urządzeń prawnych. Niewątpliwie pewne strony zagadnienia są podobne i wspólne, tkwią one w samej istocie alkoholizmu, jednak w ogólnym rozwiązaniu musi każdy naród szukać właściwej drogi, opierając się na realnym gruncie. Nie poruszyłem również koniecznych pociągnięć organizacyjnych, gdyż nie należy to do zakresu mego referatu. Obecne nasilenie alkoholizmu w Polsce jest, być może, zjawiskiem przejściowym jako wynik warunków wojennych i okupacyjnych, ma jednak charakter choroby społecznej, której zwalczanie wymaga różnokierunkowych wysiłków, a więc pewnej rewizji i uzupełnienia zagadnień prawnych. Aczkolwiek wszelkie ustawy nie są pozbawione elementu programowego i narzucającego pewne działanie, to jednak skuteczność ich zależna jest od ich wykonywania, a więc sprawności aparatu kontrolnego, oraz od gotowości obywateli do jej przestrzegania. Ta gotowość zależy nie tylko od działania środków represyjnych, lecz również od przeświadczenia o słuszności i celowości wydanych praw — ta część zagadnienia nie należy do ustawodawcy, lecz do wychowania. Dla higieny psychicznej pozostaje zagadnienie alkoholizmu sprawą ochrony zdrowia psychicznego ludności.

DR. HENRYK ZAJĄCZKOWSKI

PSYCHOTERAPIA GRUPOWA ALKOHOLIKÓW

Wobec tego, że psychoterapia grupowa jest metodą leczenia psychicznego naogół mało rozpowszechnioną, przedstawię najważniejsze mechanizmy dynamiczne grupy, których znajomość odgrywa zasadniczą rolę przy prowadzeniu tej terapii.

Le Bon wskazał na charakerystyczne cechy psychologii grupy:

1. Jakiekolwiek byłoby wykształcenie, zawód czy sposób życia indywiduów wchodzących w skład grupy, ich obecność w grupie przekształca ich stan psychologiczny w ten sposób, że posiadają oni jakby wspólną duszę kolektywną i wspólną kolektywną wolę. Działają oni i czują w sposób zupełnie inny, aniżeli postępowaliby indywidualnie.
2. W grupie każde indywiduum zdobywa uczucie specjalnej mocy, które powstaje z poczucia przynależności do grupy.
3. Charakterystyczna dla psychiki grupy jest znacznie zwiększona sugestywność i podatność na wpływ członków grupy.
4. Grupa posiada spontaniczność, gwałtowność i okrucieństwo, ale również entuzjazm i heroizm prymitywnych istnień.
5. Pośród członków stwarza się zwiększoną zdolność do przeniesienia na centralną osobę grupy.

Istotnymi momentami popędowo - uczuciowymi, tworzącymi ze zbiorowiska ludzkiego grupę o kolektywnej duszy, jest silny stan uczuciowo - dążeniowy, opanowujący całe zbiorowisko ludzkie pod wpływem sytuacji środowiskowej, jak lęk, gniew czy agresja lub też

pojawienie się centralnej osoby w postaci wodza, który by scalił efektywnie grupę pod jakimś hasłem.

Jakkolwiek możliwe jest wytworzenie grupy z psychologią grupową przy zaistnieniu jednego tylko z tych czynników, to zwykle psychologia grupy rodzi się w obecności obydwóch składowych, to jest: silnego prądu afektywno - dążeniowego oraz obecności centralnej osoby w postaci patriarchy, wodza czy tyrana.

Już Le Bon podkreśla, że w pewnych okolicznościach etyczne i moralne zasady grupy mogą być wyższe aniżeli poszczególnych indywiduów składających się na nią i że grupa jest zdolna do wysokiego stopnia altruizmu, poświęcenia i oddania.

Istnieją różne rodzaje grup scementowanych na niskim i wysokim poziomie.

Przypadkowym zbiorowiskiem ludzkim, w którym rodzi się dusza kolektywna jest tłum ludzki, który pod wpływem lęku, gniewu lub nienawiści nagle popada w działanie irracjonalne, dokonując całego szeregu czynów gwałtownych. W tłumie tym często wysuwa się jeden z jego członków na czoło i odgrywa przez krótki okres rolę osoby centralnej, inicjującej zachowanie tłumu. Tego rodzaju grupa posiada wszelkie cechy regresji psychicznej, degradującej członków grupy do prymitywnego poziomu pierwotnych istnień ludzkich, gwałtownych, bezwzględnych, okrutnych i zaborczych.

Zupełnie inaczej kształtuje się psychologia grupy, utworzonej dookoła osoby centralnej: patriarchy — ojca czy przywódcy — kierownika, który na daleki dystans prowadzi ją ku wyższym społecznym celom. Jakkolwiek wspólne prawa rządzą kolektywną psychiką tych dwu rodzajów grup, to jednak istnieje między nimi wielka różnica.

Charakterystycznym i wyróżniającym poczuciem grupy o wysokim poziomie jest tzw. „esprit de corps“, którego nie ma w grupie o niskim poziomie, a które jest wyrazem aprobaty naszej nad-jaźni.

Naturalnie, że jedynie grupa scalona na wysokim poziomie może mieć wielkie wartości terapeutyczne i wychowawcze dla poszczególnych członków i mówiąc o psychoterapii grupowej, jedynie o tego rodzaju grupach będziemy myśleć.

Psychologia grupy w psychoterapii grupowej tworzy się przede wszystkim pod wpływem centralnej osoby psychoterapeuty, do któ-

rego stosunek pacjentów pozytywnie układa się w dwóch dominujących formach: jako do ojca — opiekuna lub też do kierownika — przywódcy.

Ta druga forma grupy jest bardziej twórcza i bardziej brzemienna w pozytywne psychoterapeutyczne rozwiązania, gdyż cechuje ją, poza opieką i kierownictwem, żywe współdźwięczenie uczuciowe z dążeniami i potrzebami poszczególnych pacjentów, co ułatwia nie tylko odreagowanie, ale złagodzenie sztywnych postaw nad-jaźni.

Psychoterapia grupowa nie tylko pozwala stosować psychoterapię do większych ilości pacjentów przy tym samym wysiłku i stracie czasu co przy psychoterapii indywidualnej, ale również przewyższa często psychoterapię indywidualną pod względem możliwości dynamicznej reedukacji, społecznego wyrównania i adaptacji.

Teoretykami psychologii grupy, którzy odegrali największą rolę w psychoterapii grupy są, Le Bon, Freud, Mc Dougal i Redl. Pierwsze próby świadomej psychoterapii grupowej były przeprowadzone w 1905 roku przez d-ra Pratta w Bostonie w stosunku do chorych na gruźlicę. Następnie Emerson prowadził psychoterapię grupową z niedożywionymi dziećmi. Chappel, Stafano, Rogerson i Pite donieśli o korzystnych rezultatach z grupami pacjentów, cierpiących na owrzodzenie żołądka.

W 1911 roku, w Wiedniu, J. L. Moreno zaczął psychoterapię grupową z dziećmi, którą nazwał psychodramatem.

W 1921 roku ten teatr spontaniczności Morena został zorganizowany dla leczenia chorych psychicznie.

W 1936 roku Moreno udał się do Ameryki. Zostały tam zbudowane 3 psycho - dramatyczne teatry, w których obecnie prowadzi się psychoterapię grupową metodą naukową.

W 1919 roku Lazel zaczął stosować psychoterapię grupową w stosunku do psychoneurotyków.

W 1927 roku Ozercowskij w Rosji doniósł o swych pomyślnych wynikach w leczeniu psychoterapią grupową stanów popędo - natrętnych, które były niedostępne jakiemukolwiek innemu leczeniu.

W 1930 roku Marsh pobudził ruch psychoterapii grupowej swymi wystąpieniami, pracami i nowym podejściem do psychoterapii grupowej, wydając między innymi nawet pismo dla swych chorych psychicznie pacjentów.

Należy tu jeszcze zacytować d-ra Wendera, który jest jednym z najbardziej czołowych terapeutów w Ameryce.

Psychoterapia grupowa alkoholizmu była stosowana oddawna, jednak bez dokładnej znajomości jej dynamizmu.

W 1892 roku, w Zürichu, Boshard, szewc z zawodu i ciężki alkoholik, zaczął grupować koło siebie alkoholików pod egidą ścisłej abstynencji. Przejęty tą ideą August Forel wspólnie z Boshardem zorganizowali zakład wychowawczo - leczniczy dla alkoholików w Elikonie, gdzie podstawową metodą leczenia była psychoterapia grupowa.

Koło roku 1920, dr Metzel w Wiedniu prowadził poradnię przeciwalkoholową grupową, w której prowadził psychoterapeutycznie swoich pacjentów od pierwszego z nimi zetknięcia na forum grupy.

Pacjenci poradni Metzla grali czynną rolę w sprawowaniu wzajemnej kontroli, stanowiąc jakby jednolite bractwo oddane wspólnej sprawie.

W 1935 roku, dr Akron z Ohio, sam ciężki alkoholik, zerwał z nałogiem i poświęcił się leczeniu i dopomaganiu innym alkoholikom, poświęcając temu celowi wszelkie swe wysiłki i możliwości finansowe, robiąc sanatorium z własnego domu. Po roku Akron miał już 10 wyleczonych alkoholików, których zaangażował do wspólnej pracy.

W 1939 roku liczba Alcoholics Anonymous w w Ameryce liczyła już ponad 100 wyleczonych alkoholików, a obecnie w roku 1948 organizacja ta, która ma przedstawicieli w każdym niewielkim nawet mieście Ameryki, obliczana jest na ponad sto tysięcy współwyznawców i odgrywa wielką rolę w leczeniu alkoholików i w zapobieganiu klęsce alkoholizmu w Ameryce.

Należy zaznaczyć, że podstawową zasadą tej organizacji jest, że każdy jej współwyznawca zobowiązuje się do odpłaty za otrzymaną pomoc i wyzwolenie się z nałogu w formie własnego wysiłku i zaofiarowania się dla leczenia i pomocy innym alkoholikom. Pomoc w leczeniu i zerwaniu z nałogiem ofiarowywana jest alkoholikom z pozostawieniem im prawa wyboru i własnej decyzji i unikaniem jakiegokolwiek przymusu.

W 1933 roku założyłem w Państwowym Zakładzie Leczniczym dla nerwowo wyczerpanych w Świacku Towarzystwo Przyjaciół Świacka, składające się z pacjentów i personelu Zakładu. Na posie-

dzeniach tego Towarzystwa poruszaliśmy zagadnienia zdrowia i leczenia pacjentów pod kątem jego usprawnienia. Towarzystwo to odgrywało rolę, w stosunku do zakładu leczniczego w Świacku, jakby pewnego rodzaju samorządu, z ostatecznym celem doprowadzenia całej grupy do zdrowia i wydobycia z nałogu.

W obecnym ujęciu była to niewątpliwie, w całym tego słowa znaczeniu, psychoterapia grupowa, co do której mechanizmów dynamicznych nie byłem wówczas dostatecznie zorientowany, której celowość jednak i wagę w pełni doceniałem.

Ze względów specjalnej przydatności społecznej i możności zastosowania tego rodzaju psychoterapii grupowej w naszych warunkach podaję obszerniejszy opis pracy dr J. Metzla z Wiednia.

Dr Metzel miał trzy razy na tydzień zebrania swego koła pacjentów, na które stawiali się wszyscy pacjenci wraz z żonami i dziećmi. Na zebraniu takim były omawiane nie tylko sprawy leczenia odwykowego w oświetleniu samych pacjentów i ich rodzin, ale również i wszelkie inne sprawy dotyczące ich trudności życiowych, finansowych związanych z ich zawodem i pracą itp. Cała grupa stanowiła wspólnie wspomagającą się, jakby rozszerzoną rodzinę, posiadającą własne środki materialne pochodzące z miesięcznych składek. Nowo zgłaszający się pacjenci byli włączani od razu do całej grupy i pierwszy raz stykali się z lekarzem na wspólnym posiedzeniu, omawiając wspólnie i jawnie w obecności wszystkich innych pacjentów, trudności wypływające z nałogu alkoholowego, z jakimi pacjent zgłasza się do poradni. Na każdą skargę i każdy kłopot, łącznie z trudnością zaprzestania picia, Metzel znajdował radę i wyjaśnienie w wypowiedziach całego grona dawnych pacjentów, sam jedynie uwypuklając i uzupełniając te wypowiedzi oraz kierując przebiegiem całej dyskusji. Tak więc np. pacjent uskarżał się na niesprawiedliwość i uprzedzenia do niego pracodawców, które są przyczyną tego, że „zalewa robaka", żeby zapomnieć o tych przykrościach. Dr Metzel zwracał się wtedy do jednego z dawnych pacjentów z wezwaniem, aby opowiedział jak to u niego te sprawy wyglądają. X. Y. opowiadał, że bardzo podobnie przeżywał swoje konflikty w pracy z pracodawcami, jak nowy kolega. Również był przekonany, że gdyby sprawiedliwie go w pracy oceniano, to nie potrzebowałby pić, a później, kiedy zerwał z nałogiem, przekonał się dopiero jasno, że wszystkie trudności i nie-

chęci były wynikiem jego alkoholizmu, zaniedbywania się w pracy i nieudolności w wykonywaniu pracy pod wpływem przewlekłego zatrucia alkoholem. Obecnie, na terenie tej samej fabryki, ma jak najlepsze stosunki, zwierzchnicy odnoszą się do niego życzliwie i przyjaźnie i wszelkie niesprawiedliwości zniknęły jak pod działaniem różdżki czarodziejskiej; orientuje się obecnie, że różdżką tą jest jedynie sama tylko abstynencja.

W ten sam sposób Metzel wydobywał na jaw cały szereg bolesnych i skrzętnie ukrywanych kompleksów i urazów pacjentów. Doprowadziło to do rozładowania i oczyszczenia atmosfery, z drugiej znów strony wypowiedzi dawnych pacjentów, byłych alkoholików, dawały możność uzyskania wszechstronnego oświetlenia wszelkich konfliktów i fałszywych postaw pacjenta. Pozwalało to choremu na uzyskanie rzeczowego wglądu w swe przeżycia i swój nałóg, jaki trudno byłoby mu zdobyć bez tej atmosfery.

Metzel korzystał z pomocy swych pacjentów i całego audytorium nie tylko podczas godzin porad w poradni, ale również organizował spośród dawnych pacjentów ekipę pielęgniarską, która w pierwszym okresie leczenie miała za zadanie czuwanie nad abstynencją nowego pacjenta i okazywanie mu w tym względzie pomocy. Tak więc 6 —8 dawnych pacjentów zgłaszało godziny, w których będą mogli dotrzymywać towarzystwa i pielęgnować nowego pacjenta w okresie pierwszego tygodnia jego abstynencji. W ten sposób pacjent ów był strzeżony od rana do wieczora i pielęgnowany, prowadzony na spacery itd. przez nowo uzyskanych kolegów i towarzyszy wspólnie przebytej niedoli alkoholowej. Przez następne tygodnie pielęgnowanie pacjenta było coraz bardziej krótkotrwałe i ograniczające się do codziennego kontaktu utrzymywanego z nim przez jednego z dawnych pacjentów, który zamieszkiwał w tym samym lub niedalekim okręgu. Po upływie czterech lub sześciu tygodni, zależnie od wyników obserwacji lub opinii lekarza, pacjent samodzielnie już czuwał nad swoją abstynencją lub też nawet brał udział w pielęgnowaniu innych. Prowadzenie tego rodzaju poradni wobec bezinteresownej i ofiarnej pracy doktora Metzla nie pociągało żadnych wydatków ani dla pacjenta, ani dla miasta. Jedynym świadczeniem miasta było to, że dawało na użytek zebrań salę w budynku miejskim trzy razy w tygodniu na przeciąg trzech godzin w godzinach popołudniowych.

Z biegiem pomyślnego postępowania kuracji doktór Metzel nakłaniał swoich pacjentów do odkładania oszczędności, tak że jego dawni pacjenci posiadali dość znaczne, jak na ich możliwości, sumy wkładów oszczędnościowych, do czego dr Metżel przywiązywał dużą wagę, upatrując w tym pomocniczy czynnik psychologiczny o poważnym znaczeniu w budowie trwałej postawy abstynencyjnej.

Gdyby ktoś z kolegów lub też nawet ktoś z działaczy przeciwalkoholowych, bez wykształcenia lekarskiego, chciał u nas zorganizować tego rodzaju „koło wzajemnej samopomocy leczniczej alkoholików", bo tego rodzaju nazwa bardziej wiernie oddawałaby treść tej działalności, aniżeli nazwa poradni przeciwalkoholowej, to nie tylko, że dobrze przysłużyłby się swemu społeczeństwu, ale miałby niewątpliwie dużo głębokich radości i poczucia satysfakcji ze swej działalności dokumentowanej gorącą wdzięcznością chorych i ich rodzin.

Psychoterapia grupowa jest metodą leczenia nową i z tej racji znajduje się jeszcze w okresie badań i poszukiwań najlepszych sposobów oddziaływania na pacjentów, tak pod względem rozładowania i usunięcia objawów chorobowych jak i pod względem dalszej reedukacji i budowy nowych wartości charakterologicznych.

Cały szereg odmian techniki prowadzenia terapii grupowej, proponowanych przez różnych autorów, można sprowadzić do dwóch zasadniczych metod:

1) psychoterapii grupowej stylizowanej przez lekarza,

2) psychoterapii grupowej swobodnej.

Psychoterapia grupowa stylizowana charakteryzuje się tym, że rola lekarza jest czynna i przebieg całej psychoterapii jest stale przez niego kontrolowany i kierowany.

Technika prowadzenia psychoterapii grupowej na terenie poradni przeciwalkoholowej jest następująca: W jednym dniu tygodnia lelarz zbiera wszystkich pacjentów do świetlicy, gdzie ma krótki referat, mniej więcej dwudziestominutowy, na temat jednego z zagadnień związanych z chorobą alkoholową i jej leczeniem, czy też trudnościami życiowymi, jakie w związku z tymi zagadnieniami się wysuwają. Tematy tych referatów będą następujące: działanie alkoholu na układ krążenia, na przemianę materii, na układ nerwów obwodowych, na mózg, na charakter, na instynkt samozachowawczy, pato-

logiczne upojenie, biała gorączka, urojenia niewiary małżeńskiej i prześladowcze na tle alkoholizmu, osłabienie władz umysłowych, trudności w pracy alkoholika, konflikty z żoną, wpływ alkoholizmu ojca na wychowanie dzieci, alkoholizm a dziedziczność, alkoholizm i gruźlica, alkoholizm i choroby weneryczne, dalej charakterystyczne cechy nałogu alkoholowego, jak zachować abstynencję, alkohol a wypadki samochodowe, alkoholizm a przestępczość, metody walki z alkoholizmem, polska ustawa przeciwalkoholowa, ustawodawstwa przeciwalkoholowe w innych krajach, sprawy dotyczące choroby alkoholowej, jej leczenia oraz wszelkie zagadnienia związane ze zwyczajami alkoholowymi i piciem alkoholu w ogóle.

W wypadkach wysunięcia tematów, w których lekarz sam nie będzie dostatecznie zorientowany, zwróci się on z prośbą o wykłady do działaczy społecznych obeznanych z poszczególnymi zagadnieniami alkoholizmu, związanymi z tą sprawą. Naturalnie, że będzie nam zależało, aby prelegent ów nie tylko wygłosił sam referat, ale żeby wziął udział również w późniejszej dyskusji, która jest najważniejszym momentem w tego rodzaju wpływie i wychowaniu pacjentów. Nad tokiem całej dyskusji lekarz-psychoterapeuta musi stale czuwać odpowiednio kierując jej przebiegiem i starając się uwypuklić celowe dla psychoterapii momenty. Będzie nam również zależało, aby pacjenci jak najliczniej brali udział w tego rodzaju dyskusji, gdyż da to im możność zajęcia innej postawy do spraw, w które sami, od szeregu lat, byli wciągnięci, aniżeli do tej pory zawsze zajmowali; tą różnicą postawy będzie przede wszystkim konieczność podejścia do tych spraw z zewnątrz i z punktu widzenia grupy, a nie jedynie własnego, egoistycznego ustosunkowania się. Fakt, że pacjent ma poczucie tego, że znajduje się w grupie innych alkoholików, również zaangażowanych w tę sprawę jak i on, należących jakby do wspólnego z nim obozu w stosunku do całego społeczeństwa, pozwala mu na wyjście z tej postawy obronnej, jaką zawsze zachowywał w stosunku do społeczeństwa, ludzi zdrowych i wyrównanych, którzy potępiali jego picie i związany z tym styl jego życia. Charakterystyczną cechą w okresie nałogu jest dla alkoholika specjalnie przyjazne i aprobacyjne nastawienie do swych kompanów od kieliszka, których sądy są dla niego miarodajne i naładowane specjalnym autorytetem w przeciwieństwie do sądów i opinii całego świata ludzi niepijących.

Przyczyną tego jest popęd alkoholowy, który stylizuje całe życie uczuciowe alkoholika, przeciwstawiając wszystkich tych, którzy w jakikolwiek sposób dezaprobują jego alkoholizm, a specjalnie podkreśla wartość i wagę wszystkich tych ludzi, którzy z nim piją lub picie jego aprobują. Stwarza to sytuację przeciwstawiania się i odczuwania obcości do ludzi, którzy zachowują umiar i równowagę w stosunku do alkoholu, a poczucie specjalnej więzi i przynależności do bractwa całego świata ludzi pijących. Te charakterystyczne cechy ustosunkowywania się uczuciowego alkoholika do ludzi są źródłem nadzwyczajnego wpływu, jaki na alkoholika o wysokim poziomie intelektualnym, odgrywającego często wybitną rolę w społeczeństwie, wywiera ktoś z jego otoczenia o rażącym i niskim poziomie, a który jedynie nie ma skrupułów w dogadzaniu nałogowi tego alkoholika i obłudnym pochlebianiu jego chorobowym wykolejaniom się.

To też włączenie alkoholika w psychoterapii grupowej w zespół ludzi należących do „bractwa alkoholików", a jednakże zachowujących abstynencję, jest doskonałym terenem do reedukacji społecznej alkoholika i do uzyskania tych postaw społecznych, które cechują każdego zdrowego człowieka i które były właściwe i naszemu pacjentowi przed wejściem w nałóg. Poza tym pacjent ma możność ocenienia swego nałogu i związanego z nim postępowania nie tylko od strony ujemnych skutków i krzywd, jakie ten nałóg wyrządza jemu indywidualnie, ale również i od strony grupy społecznej i środowiska i zdobywa w ten sposób nowe zaczepienie afektywne postawy przeciwalkoholowej i samo-wychowania abstynenckiego. Poza tym fakt, że inni pacjenci i członkowie „bractwa alkoholików" biorą udział we wspólnej psychoterapii i zastępują w pewnym sensie lekarza, przyjmując częściowo jego rolę na siebie, stwarza pośród pacjentów włączonych w grupę, wzajemne zjawisko częściowego przeniesienia, co ułatwia pacjentowi z biegiem czasu wydobycie się z mechanizmu przeniesienia na lekarza, które w pierwszym okresie leczenia odgrywa tak pozytywną rolę. W trakcie prowadzenia dyskusji po wygłoszonym referacie, lekarz, znając losy, specjalne trudności i nastawienia swych pacjentów z kontaktu indywidualnego z nimi w poradni w godzinach porad indywidualnych, będzie wciągał ludzi w dyskusje chcąc albo wydobyć od nich specjalnie przekonywujące naświetlenie poruszanego tematu lub też znowu nakłonić ich do wysunięcia na

forum publicznym sprawy, w dziedzinie której znane są mu trudności pacjenta co do rzeczowej oceny i pełnego wglądu. Tak np. dyskutując sprawę trudności naszych pacjentów w pożyciu rodzinnym na tle alkoholizmu, zwrócimy się o wyrażenie swej opinii do pacjenta, który znajduje się w okresie dość zaawansowanym w sensie odzyskania zdrowia psychicznego i ma pełny wgląd w przebyte chorobowe urojenia niewiary małżeńskiej w stosunku do swej żony, który obecnie już w pełni zaufanie do niej odzyskał, jak i następnie zwrócimy się z pytaniem, co o tym myśli, do pacjenta, który jeszcze nie wyzwolił się w pełni ze swych obaw o wierność żony. W ten sposób, uzyskując wielostronne naświetlenie tych samych spraw i zagadnień oparte na podstawie osobistych przeżyć i doświadczeń wielu pacjentów, ułatwimy pacjentom powrót do zdrowia psychicznego, do uzyskania zdrowego samokrytycyzmu i pełnego wglądu w przebyty okres nałogu. Poza tym budujemy w nich nowe możliwości dopasowania się do rzeczywistości przez ustalenie przyczyn ich trudności życiowych, konfliktów środowiskowych oraz zdobywanie rozeznania dróg i sposobów adaptacji pozytywnej do zadań życia i wymogów środowiska. Pacjenci wchodzący w skład grupy nie zawsze będą zdolni do rzeczowego ustosunkowania się do poruszanych zagadnień i często ich ustosunkowanie się będzie cechowała jedna z przeciwstawnych sobie tendencji, a mianowicie chęć podporządkowania się i przypodobania lekarzowi drogą przesadnych i egzaltowanych wypowiedzi antyalkoholowych lub też znowu pod wpływem postawy przekory i protestu, za którą też będzie się często kryła chęć zwrócenia na siebie uwagi i przyciągnięcia w ten sposób zainteresowania i troski lekarza, będzie taki pacjent mówić rzeczy przeciw zdrowemu rozsądkowi i własnej opinii, podnosząc jakieś pozytywne wartości picia alkoholu i jego działania. Lekarz będzie musiał ze spokojem i taktem tuszować, a nawet korygować przesadne wypowiedzi antyalkoholowe, aby nie pozostawić u słuchacza uczucia niesmaku oraz wrażenia, że w momentach, kiedy sprawa jest przedstawiana w sposób zgodny z naszymi tendencjami, rezygnujemy z rzeczowego i zgodnego z rzeczywistością ustosunkowania się. W wypadku drugim naturalnie będziemy interweniować, aby nie pozwolić ośmieszyć czy zniekształcić nastawień przeciwalkoholowych. Zrobimy to jednak tak, aby nie pognębić pacjenta przekornego lub opornego, mając na

względzie dobro jego przyszłego leczenia i naszego wzajemnego z nim kontaktu. Po ukończonej dyskusji postaramy się temu pacjentowi okazać naszą życzliwość i zainteresowanie, jakimś krótkim powiedzeniem, przypuśćmy: „musimy tę sprawę jeszcze z panem przedyskutować“, lub też specjalnie serdecznym uściśnięciem dłoni zaakcentowanym przyjaznym gestem. Takie posiedzenia psychoterapii grupowej nie powinny trwać zbyt długo, aby nie męczyć i nie zniechęcać pacjentów, musimy bowiem pamiętać o tym, że wielu z nich nie posiada większego treningu myślowego. Czas dyskusji pacjentów winien być ograniczony najwyżej do 3 minut i całość zebrania nie powinna trwać dłużej aniżeli 2 godziny, przy czym posiedzenie winno się kończyć rekapitulacją dyskusji przez lekarza, w której podkreśli on najważniejsze istotne dla zamierzonej psychoterapii momenty dyskusji. Bardzo niebezpieczne podczas takiego seansu psychoterapii grupowej jest przemęczenie audytorium, które często rozładowuje się w nadmiernej wesołości; niekorzystne jest, jeżeli ta wesołość wybucha z racji ośmieszenia jakiejś postawy przeciwalkoholowej, niezręcznie, przesadnie lub złośliwie podjętej przez któregoś z dyskutantów. Tego rodzaju incydent odegra wyraźnie szkodliwą rolę doraźną w prowadzonej psychoterapii. Żeby uniknąć takich incydentów, lekarz, wyczuwając zmęczenie lub brak zainteresowania audytorium, skróci trwanie posiedzenia lub też postara się sam rozładować nastrój znużenia jakimś dowcipem i oderwanym od tematu wtrąceniem, które jednakże, rozładowując znużenie i zniechęcenie, nie obniży nastawień przeciwalkoholowych pacjentów, nie popsuje prowadzonej psychoterapii. Nie potrzebuję chyba dodawać, że lekarz, prowadząc całe posiedzenie w psychoterapii grupowej, równocześnie sprawuje funkcję przewodniczącego zebrania udzielającego prawa głosu dyskutantom i czuwającego nad czasem dyskusji. Prowadzenie tego rodzaju psychoterapii grupowej wymaga od lekarza obeznania z całokształtem zagadnień związanych nie tylko z alkoholizmem, ale w ogóle ze spożyciem alkoholu i umiejętnością obrony swych tez, sprawnego ich argumentowania i parowania argumentacji przeciwnej. Jest on w szczęśliwej sytuacji, że sprawa, którą referuje jest bezspornie słuszna i jasna i wszelkie względy rzeczowe przemawiają za nią. Poza tym ułatwi mu jego rolę nastawienie pacjentów biorących udział w posiedzeniu, nacechowane początkowo

mechanizmem przeniesienia czy też—w późniejszym stadium kuracji — pozytywnej oceny, szacunku i wdzięczności.

W stylizowanej psychoterapii grupowej wyżej opisanej, może brać udział nieograniczona ilość pacjentów, a poza tym można dopuszczać na ten rodzaj posiedzeń również i osoby z najbliższej rodziny chorych. Warunkiem koniecznym jest jednak, aby osoby dopuszczone do posiedzeń psychoterapii grupowej były żywo zainteresowane losem pacjentów i żywo pragnęły ich wyjścia z nałogu.

Niedopuszczalny jest udział osób postronnych, „ciekawych", które by wyraźnie szkodziły w prowadzeniu tego rodzaju terapii.

Lekarze, pielęgniarki, medycy biorący udział w kursach szkoleniowych muszą z istoty rzeczy brać udział w tego rodzaju pracy.

Najbardziej odpowiednią formą organizacyjną dla prowadzenia psychoterapii grupowej stylizowanej będzie „koło samopomocy pacjentów poradni przeciwalkoholowej".

Drugi typ psychoterapii grupowej swobodnej, w której rola lekarza jest inna i mniej aktywna, winien być również prowadzony w poradni przeciwalkoholowej równocześnie z psychoterapią uprzednio opisaną na terenie koła samopomocy.

Zasadniczą różnicą w stosunku do psychoterapii grupowej stylizowanej będzie fakt, że lekarz stara się możliwie nie interweniować ani kierować przebiegiem zabiegu, pozostawiając pełną możność swobodnego rodzenia się i rozwijania toku przeżyć pacjentów podczas posiedzeń, uwarunkowanych jedynie mechanizmami kolektywnej duszy grupowej. Będzie tu występować przeniesienie na osobę lekarza i postawa dążeniowo-uczuciowa chorego rozpoczynającego leczenie. Tego rodzaju psychoterapia grupowa jest dużo bardziej zbliżona, aniżeli poprzedni rodzaj, do psychoterapii indywidualnej analitycznej, z tą jednak różnicą, że sytuacja psychoterapeutyczna grupowa posiada cały szereg cech, które specjalnie w leczeniu alkoholików mają znaczenie. Cechami tymi są: a) ułatwione powstanie przeniesienia na lekarza dzięki wpływowi sugestywnemu grupy, b) w późniejszym stadium ułatwienie rozładowania przeniesienia na lekarza przez cząstkowe przeniesienie na współtowarzyszy grupy, c) ułatwienie odreagowania i oczyszczenie dzięki atmosferze przynależności do wspólnego „bractwa alkoholików" i zniknięcie dystansu między pacjentem a otoczeniem ludzi „trzeźwych i zrównoważonych",

d) szybsza obiektywizacja oświetlania trudności związanych z nałogiem przez członków grupy, e) ułatwienie zdrowego uspołecznienia przez przynależność do grupy alkoholików, lecz już nie pijących, gdzie z powrotem zaczynają obowiązywać reguły honorowane kiedyś przed wejściem w nałóg, f) większa możność wytworzenia trwałych postaw dążeniowo - uczuciowych przeciwalkoholowych, aniżeli w psychoterapii indywidualnej.

Ta ostatnia właściwość bardziej jednak nadaje się do budowy w psychoterapii grupowej stylizowanej powyżej opisanej na terenie koła samopomocy i dlatego oba rodzaje psychoterapii grupowej, stylizowanej i swobodnej, winny być w poradni przeciwalkoholowej w równej mierze stosowane.

Niebezpieczeństwa jakie grożą w tego rodzaju psychoterapii grupowej wynikają częściowo właśnie z usuwania się lekarza od interwencji, aby możliwie nie hamować mechanizmów psychicznych rodzących się w grupie. Niebezpieczeństwami tymi będą zbyt silne przeniesienie na lekarza wyrażające się w przesadzie i chęci zajęcia roli faworyta lub też odwrotnie popadanie w ambiwalentne wyładowania wrogości lub agresji czy w stosunku do lekarza, czy też innych członków grupy. Na tym tle powstają tarcia trudne często do rozładowania i pozytywnego rozwiązania.

Tego rodzaju psychoterapia grupowa wymaga jeszcze większego spokoju, umiaru i taktu od lekarza aniżeli prowadzenie psychoterapii grupowej stylizowanej. Technika psychoterapii grupowej swobodnej będzie polegała na: a) raz na tydzień posiedzenie psychoterapeutyczne, b) lekarz zagaja posiedzenie pytaniem: „o czym chcielibyście panowie dzisiaj pomówić?“ objaśniając pacjentów, że tematem rozważań będą sprawy związane z ich zdrowiem, leczeniem i sprawami ich życia, c) w trakcie wypowiedzi pacjentów będzie się starał jak najmniej interweniować, jak najmniej objaśniać i raczej pobudzać pacjentów do mówienia gestem, potaknięciem głowy, spojrzeniem, uśmiechem. Naturalnie, że odpadnie tutaj obowiązek 3-minutowego przemówienia z posiedzeń psychoterapii stylizowanej, d) lekarz musi sobie zdawać sprawę, że najważniejsze rzeczy przeżyciowe, które dzieją się w duszy jego pacjentów podczas zabiegu psychoterapii, często wymykają się ujęciom słownym i musi umieć orientować się w toku przeżyć swych pacjentów na pod-

stawie niedopowiedzeń, ruchów, postawy, zaczerwienienia się, zbled-nięcia, wyrazu twarzy, przyśpieszonego oddechu i stosownie do tego rodzaju rozeznania odpowiednio się zachowywać, a w wyjątkowych wypadkach możliwie oszczędnie zajmować postawę aktywną, e) ilość pacjentów biorących udział w tym rodzaju psychoterapii nie powinna przekraczać liczby 10. Jak doświadczenie uczy, większa ilość pacjentów obniża atmosferę sytuacji psychoterapeutycznej tego rodzaju i utrudnia pełne wykorzystanie jej możliwości. Co do długości czasu, w jakim pacjent powinien brać udział w posiedzeniach psychoterapii grupowej swobodnej, to jest to bardzo względne. Granice będą wahały się między kilku tygodniami, a kilku miesiącami. Zadaniem lekarza będzie zorientowanie się, czy pacjent dostatecznie odreagował swe napięcie uczuciowe, czy zyskał dostateczny wgląd w swą chorobę i w swoją sytuację życiową i czy może już przejść do grupy przechodzącej jedynie psychoterapię grupową stylizowaną „koła samopomocy".

Współżycie pacjentów na terenie świetlicy poradni będzie, w pewnym stopniu, przedłużeniem działania psychoterapii grupowej, gdyż pacjenci będą poruszać na terenie świetlicy sprawy omawiane podczas posiedzeń psychoterapeutycznych grupowych. Współżycie pacjentów na terenie świetlicy, praca organizacyjna samych pacjentów tak w świetlicy jak i w kole samopomocy pacjentów przy poradni nastręcza cały szereg momentów psychoterapeutycznych, nad którymi musi jednak czuwać psychohigienista prowadzący świetlicę i wywierać dalszy wpływ w myśl założeń całego leczenia i indywidualnych wskazówek lekarza. Kierownik świetlicowy winien zdawać stałe sprawozdania z przebiegu życia w świetlicy, ze spraw, które tam powstają, ewentualnych trudności, konfliktów i niedociągnięć, jakie poszczególni pacjenci na tym terenie wykazują. Poza tym kierownik świetlicy ma możność przeprowadzania obserwacji, które często będą cennymi wskazówkami w prowadzeniu pacjenta i psychoterapii indywidualnej w godzinach porad.

Jednym z poważnych niebezpieczeństw, jakie grożą w tego rodzaju większym skupieniu alkoholików są ich rozmowy na temat wzajemnych wspomnień z okresu alkoholizmu i wyczynów alkoholowych, jakich wtedy dokonywali. Ogólną cechą rzeczy zapamiętywanych z przeszłości, a chętnie przypominanych jest zabarwienie

dodatnie i przyjemne tych wspomnień. Poza tym specjalnie akcentuje dodatnią nutę tych wspomnień fakt, że są to często wspomnienia z okresu młodości, który zawsze jest ubrany w krasę tych wszystkich dodatnich stron, jakie młodość dla każdego posiada. Te wszystkie wzmiankowane czynniki zafałszowują rzeczywisty przebieg wspomnianych zdarzeń, wysuwając jedynie przyjemne, dodatnie lub zabawne ich strony, pomijając często związane z tym nawet bardzo dolegliwe konsekwencje. Tak np. pacjenci nasi będą skłonni do opisywania atrakcyjnej dla nich sceny zdzierania szyldów lub innych awantur dokonywanych pod wpływem alkoholu, zaśmiewając się i chwaląc rzekomymi dowcipnymi wyczynami, a nie podadzą równocześnie, że w konsekwencji tego zabawnego incydentu zostali usunięci z pracy czy uczelni, co zaważyło tragicznie na całym ich przyszłym życiu. Pacjenci nasi wpadłszy w trans takich wzajemnych opowiadań będą się licytowali w wyszukiwaniu jak najbardziej drastycznych wspomnień alkoholowych, zupełnie zapominając o tym, gdzie się znajdują i co doprowadziło ich do konieczności leczenia odwykowego. Naturalnie, że tego rodzaju nastroje będą bardzo niebezpieczne i szkodliwe dla naszych pacjentów, działając destrukcyjnie na nastawienie przeciwalkoholowe, które z takim trudem i wysiłkiem staramy się przez cały czas leczenia w naszych pacjentach budować.

Tego rodzaju wspomnienia alkoholowe kultywują w dalszym ciągu tę postawę regresywną, chłopięcą naszych pacjentów, cechującą się akcentowaniem cech zewnętrzno-dekoracyjnych ideału męskości, jak przechwalanie się swoją siłą fizyczną, wyczynami seksualnymi, bojowością na terenie bójek w knajpie, przeprowadzaniem bezwzględnym swych zachcianek nie liczącym się z konsekwencjami i interesami otoczenia, demonstracyjnym nieliczeniem się i protestem w stosunku do autorytetu i porządku starszych, protestem przeciwko związaniu z elementem kobiecym i cechami kobiecości. Dla chłopca nastawionego na ten ideał chłopięcej męskości jedną z najgorszych obelg jest określenie: „zachowujesz się jak dziewczyna“.

Naturalnie, że jednym z założeń trapeutyczno-wychowawczych naszych pacjentów na terenie poradni będzie doprowadzenie pacjentów do rozeznania bezsensowności dla dorosłego mężczyzny tego ro-

dzaju postawy chłopięcej, wystylizowanej przez alkohol i okazanie mu pomocy do dojścia do pełnej dojrzałości prawdziwego mężczyzny, którą przede wszystkim będzie cechowało poczucie głębokiej odpowiedzialności za własne czyny i zajmowaną postawę, a więc odrzucenie wszelkiej zewnętrznej dekoracyjności, która jest sprzeczna z tym poczuciem odpowiedzialności.

Tak często występujące regresje ideału osobowości w tym stylu chłopięcym ilustrują moje podkreślenia trudności psychologicznych, na jakie się natknie i będzie musiała przezwyciężyć lekarka prowadząca poradnię przeciwalkoholową.

Należy się orientować, że do człowieka na niskim szczeblu rozwoju kulturalnego lub też człowieka, którego nałóg dzięki swemu destrukcyjnemu działaniu na ten niski szczebel zepchnął, można podchodzić jedynie od strony prymitywnej uczuciowej i wszelkie zwracanie się do rozsądku i uczuć wyższych nie daje pozytywnych rezultatów. Z powyższych względów należy w początkowym okresie leczenia zwracać się jedynie do najbardziej egoistycznych tendencji a więc troski o własne zdrowie i zaspokojenie osobistych bezpośrednich dążeń zdobycia jedzenia, ubrania i prymitywnych satysfakcji. Z biegiem czasu w miarę odbudowy psychicznej pacjenta będą się w nim budzić uczucia wyższe jak poczucie obowiązku w stosunku do najbliższego środowiska, a następnie coraz szersze kręgi zagadnień obejmujące uczucia estetyczne i etyczne. Równocześnie będą ulegać powolnej rekonstrukcji normalne stosunki wewnątrz — psychiczne zdrowego człowieka, polegające nie tylko na odzyskaniu pełnych możliwości intelektualnych, lecz przede wszystkim na możliwości wprowadzenia w życie wskazań rozumowych, polegających na hamowaniu całego szeregu niedopasowanych do sytuacji popędów oraz pobudzaniu do wysiłków zmierzających do osiągnięć wskazanych przez rozum. W tym momencie zaczniemy się odwoływać do obudzonych poczuć wyższych i wynikających z tego poczucia odpowiedzialności nie tylko za dokonane w okresie nałogu posunięcia i wykolejenia, ale przede wszystkim do poczucia odpowiedzialności za uleganie nałogowi i akceptowaniu związanych z tym nałogiem antyspołecznych i destrukcyjnych konsekwencji. Równocześnie będzie to moment kiedy w naszej psychoterapii będziemy podkreślać zrozumienie szkodliwości działania alkoholu na ustrój

ludzki z możliwym pogłębieniem rozumowym tego zagadnienia. Będzie nam zależało, aby dotychczasowe nastawienie protestowe w stosunku do alkoholu o charakterze często afektywnym znalazły jeszcze poparcie w rozumowym rozeznaniu całego zagadnienia i wynikających z tego logicznych konsekwencji w postaci wskazania konieczności zachowywania ścisłej abstynencji do końca życia.

Poczucie odpowiedzialności za swój los, za swoje czyny i wynikające z tych czynów konsekwencje jest jednym z najbardziej istotnych i podstawowych poczuć cechujących dojrzałego psychicznie człowieka i doprowadzenie do tej dojrzałości będzie, poza wychowaniem do abstynencji, najbardziej zasadniczym z zadań naszej psychoterapii. Naturalnie, że właśnie postawa abstynencka będzie najbardziej trwała i najlepiej ugruntowana, kiedy będzie się opierać o rzeczywistą dojrzałość indywidualną. Prowadzenie tego rodzaju psychoterapii wymaga od nas specjalnej ostrożności, aby nie uprzedzać procesu odradzania się psychicznego pacjenta i nie wysuwać zbyt wcześnie i zbyt daleko idących aspektów społecznych i moralnych związanych z nałogiem, gdyż grozi to zerwaniem bliskiego kontaktu z pacjentem, który umieszcza lekarza w obozie moralizatorów i nieprzyjaznych krytyków, do którego jest niechętnie i nieufnie nastawiony. Lekarz winien wyczekiwać objawów spontanicznego budzenia się u pacjenta odpowiedzialności za swe czyny i poczuć wyższych i dopiero wtedy, kiedy istnienie ich stwierdzi, pomóc pacjentowi do ich rozeznania i właściwego wyciągnięcia z nich konsekwencji. Zadanie to często bardzo trudne do przeprowadzenia przy poradach indywidualnych nadaje się specjalnie do psychoterapii grupowej, gdzie rozważane sprawy związane z nałogiem alkoholowym pacjentów, z jego konsekwencjami na terenie osobistym, rodziny i społeczeństwa nie mają charakteru osobistego i z tej racji nie są odczuwane w sposób złośliwy i pomniejszający, przy czym w miarę rozwijającego się zagadnienia i toku dyskusji każdy z pacjentów może według własnego poziomu, powrotu do zdrowia oraz własnych tendencji uczuciowych brać udział w dyskusji i przyczyniać się do rozwiązania zagadnień.

Dyskusja w grupie stwarza poza tym pewne tendencje do dekorowania się przez poszczególnych pacjentów w bardziej społeczne szaty, co ma rolę podciągania na wyższe postawy uczuciowe

i w pewnym sensie przyśpiesza nawrót i odrodzenie się posiadanych przed okresem nałogu wartościowych społecznie cech charakterologicznych. Psychoterapeuta musi czuwać nad tego rodzaju tendencjami swoich pacjentów, by nie przekraczały one pewnego umiaru i nie odbiegały zbyt daleko od rzeczywistości. Dziecięca postawa w stosunku do wykroczeń i przewinień charakteryzuje się ekspiacją, która sama już wystarcza do rozładowania i załatwienia konfliktu. Dziecko często popada w nadmierne potępienie samego siebie oraz demonstracyjne okazywanie żalu, dążąc nie tylko do uniknięcia złych konsekwencji swojego wykroczenia, ale, jak to często bywa, do zyskania pewnych specjalnych satysfakcji i zdobyczy. Tak np. dziecko, które dobrało się do łakoci wbrew zakazowi i zostało na tym przyłapane, wpada w nadmierne i demonstracyjne samooskarżenie się osiągając jako efekt nie tylko przebaczenie, a więc uniknięcie złych konsekwencji swego czynu, ale jeszcze dodatkową porcję pieszczoty pocieszającej je matki, a często jeszcze dodatkową porcję zabronionych łakoci. W te postawy dziecięce bardzo często będą popadali nasi pacjenci wyolbrzymiając swoje poczucie winy za niedociągnięcia w okresie nałogu i potępiając siebie nadmiernie. Lekarz będzie korygował te zafałszowania uczuciowe pacjentów, będzie się starał sprowadzić do właściwych i rzeczywistych rozmiarów przytaczane fakty i okoliczności, aby nie pozwolić wyżywać się w aktach ekspiacji dziecięcej, a sprowadzać je na drogę dojrzałej odpowiedzialności i gotowości poniesienia konsekwencji za swoje czyny. Dalej, podczas psychoterapii grupowej lekarz będzie stał na straży samopoczucia innych pacjentów z grupy, którzy nie popadając w dziecięcą ekspiację będą wrażliwie przeżywali zarzuty i potępienia przesadne, które jakkolwiek wypowiedziane pod firmą autokrytycyzmu będą również godziły we wszystkich objętych grupą pacjentów.

Źródłem częstych zawodów i rozczarowań lekarza, niedostatecznie doświadczonego w prowadzeniu psychoterapii, jest zmiana w ustosunkowaniu się pacjenta, który z początkowego okresu adoracji i przecenienia lekarza, z biegiem odzyskania zdrowia przechodzi do stosunku spokojnej oceny i rzeczywistej wdzięczności. Zmiana tego stosunku, będąca wyrazem powrotu do zdrowia psychicznego pacjenta i wychodzenia z nastawień przeniesienia w stosunku do lekarza, winna nas napawać satysfakcją i poczu-

ciem skuteczności naszych wysiłków terapeutycznych. Nie zawsze jednak lekarz zdobywa się na tego rodzaju dystans uczuciowy do pacjenta oraz opanowanie własnej uczuciowości. Bardzo często te przemiany nastawień uczuciowych pacjenta w czasie psychoterapii są momentem urażającym lekarza, który wyżywał się w atmosferze przeniesieniowej adoracji swych pacjentów. Lekarz poradni czy też zakładu, który prowadzi psychoterapię alkoholików, winien mieć stanowisko życzliwe do swych pacjentów, być zaangażowany w sprawę lecznictwa, pragnąc mieć pozytywne rezultaty swej pracy, ale nie powinien i nie może angażować się osobiście w los swych chorych i wiązać się z nimi uczuciowo.

Dr LUCJAN KORZENIOWSKI

ORGANIZACJA LECZNICTWA I WALKI Z ALKOHOLIZMEM NA TERENIE POLSKI

Byłoby zbyteczne tu, wobec Państwa, którzy z tytułu swego powołania i swej działalności zdają sobie sprawę lepiej niż kto inny z wagi zagadnienia walki z alkoholizmem, rozpatrywanie szkód społecznych i indywidualnych będących skutkiem używania napojów wyskokowych.

Z rozważań przedmówców widać wyraźnie, jak wielkiej wagi jest to zagadnienie — i jakie znaczenie posiada dla państwa.

Państwo przeto przykładać musi wielkie znaczenie do akcji przeciwalkoholowej zarówno ze względów populacyjnych, eugenicznych, socjalnych i prawnych, jak ze względów związanych z odbudową kraju i przebudową człowieka.

Państwo stanęło zaś po wojnie w obliczu wyjątkowego rozkwitu alkoholizmu. W pewnej wielkiej nawet mierze, był on skutkiem celowej polityki okupanta, który propagował go w celu biologicznego wyniszczenia narodu — w pewnej zaś mierze reakcją na ciężkie przeżycia, w których trzeba było szukać zapomnienia poprzez zamroczenie. Charakterystyczną cechą czasów powojennych było duże nasilenie alkoholizmu u dzieci i kobiet, do czego przyczyniała się również tania osiągalność napojów wyskokowych, które ludność fabrykowała sposobami domowymi.

W pierwszym okresie po wojnie, mniej więcej do końca 1946 r., alkohol znajdujący się w sprzedaży w dużej mierze pochodził jesz-

cze z tajnego gorzelnictwa. Od tego czasu gorzelnictwo to stopniowo zanika, po części z powodu energicznej akcji władz bezpieczeństwa i organów ochrony skarbowej — po części zaś z powodu braku swej rentowności.

Do roku 1946 właściwej konsumpcji alkoholu w Polsce nie da się ustalić, ze względu właśnie na tajne gorzelnictwo. Produkcja Monopolu Spirytusowego w r. 1945 w przeliczeniu na 100% spirytus wynosiła około 5,5 miliona litrów. Należy przypuszczać, że była to tylko drobna cząstka alkoholu będącego w użyciu.

W roku 1946 Monopol Spirytusowy produkuje już blisko 35 milionów litrów spirytusu. W roku zaś 1947 około 50 milionów.

Odliczając małą stosunkowo część z tej produkcji na cele przemysłowe widzimy, że spożycie alkoholu na głowę ludności zbliża się do 2 litrów. Należy przypomnieć, iż przed wojną konsumpcja wynosiła tylko około 1 litra na osobę rocznie.

W chwili obecnej udział tajnego gorzelnictwa w konsumpcji alkoholu nie jest już wielki, co jest już bez wątpienia wielkim osiągnięciem. Przecież tak wzmożonemu spożyciu napojów alkoholowych brak było bezpośrednio po wojnie jakichkolwiek kontrakcji.

Na początku roku 1947 w Polsce znajdowały się właściwie tylko 2 poradnie przeciwalkoholowe (w Warszawie). Nie było żadnego zakładu dla alkoholików. Brak też było akcji profilaktycznej i propagandowej o szerszym zasięgu. Akcja ta miała charakter raczej ściśle lokalny i prowadzona była wyłącznie nieomal na terenie stolicy. W Prezydium Rady Ministrów istniało biuro mającej powstać później Państwowej Rady do Walki z Alkoholizmem, która nigdy nie została powołana do życia. Biuro to przyczyniło się do powstania akcji propagandowej, również w wielkiej mierze związanej tylko z terenem Warszawy, jak również do przygotowania kadr instruktorów dla tej akcji. Walczyło ono z dużymi trudnościami natury finansowej i z brakiem większego zainteresowania się społeczeństwa. W Ministerstwie Zdrowia również istniała komórka przeciwalkoholowa — jako referat walki z alkoholizmem. Działalność jego była zbliżona do prac Biura w Prezydium Rady Ministrów. Od roku 1947 datuje się bardziej energiczna akcja władz rządowych w zwalczaniu alkoholizmu i wzmożenie czujności społeczeństwa.

Jeśli chodzi o tę ostatnią, to wyraża się ona w licznych artykułach prasowych i zainteresowaniu przeróżnych stowarzyszeń, zwłaszcza Ligi Kobiet i Zw. Zawodowych. Brak jednak było wciąż akcji przenikającej do całego społeczeństwa, brak było, jednym słowem takiej działalności, która by składała się na ruch przeciwalkoholowy. Brak było nawet warunków do powstania takiego ruchu, a mianowicie: literatury propagandowej, plakatów, osób, które by mogły tę propagandę prowadzić w szerszej skali. Innym objawem owych czasów był brak wszelkiej egzekutywy czuwającej nad poszanowaniem ustawy przeciwalkoholowej, przy czym nierzadko władze bezpieczeństwa zgoła nie wiedziały o tym, iż takie rozporządzenia istnieją.

Taki był stan rzeczy, gdy w maju 1947 r. sprawy walki z alkoholizmem przeszły z Prezydium Rady Ministrów do Ministerstwa Zdrowia i gdy to Ministerstwo, znalazłszy się w posiadaniu skromnych kredytów na nią przeznaczonych, a zgoła nieproporcjonalnych do zastrzeżonego ustawowo 1% od czystego zysku Monopolu Spirytusowego, podjęło się opracowania planu akcji walki z alkoholizmem i wprowadzenia go w życie.

Sprawa cała posiadała kilka aspektów. Plan Ministerstwa rozróżniał przy tym 2 zasadnicze aspekty.

Jednym z nich była kwestia postępowania z osobami, których można by nazwać alkoholikami, niekoniecznie z psychiatrycznego punktu widzenia.

Drugim — kwestia profilaktyki.

W odniesieniu do postępowania z alkoholikami Ministerstwo wybrało drogę, która ma za sobą już doświadczenie w Polsce i zagranicą. Droga ta polega na rozbudowie lecznictwa poradnianego.

Należy bowiem uznać za celowe wypróbowanie wszelkich sposobów zarówno leczniczych jak wychowawczo - społecznych, stosowanych przez lekarzy pracujących w poradniach mających do pomocy sztab pielęgniarsko - społeczny, przed zastosowaniem leczenia zamkniętego. Lecznictwo takie, w przeciwstawieniu do zamkniętego, jest bardziej dostosowane do wymogów życia i stara się wzmocnić lub wytworzyć w psychice takie siły, które by później, przy braku nadzoru ze strony poradni, powstrzymywały jednostkę od nałogu.

Wadą lecznictwa zakładowego jest to, iż skuteczność jego często kończy się z chwilą wypisania chorego z zakładu i że abstynencja będąca skutkiem tego lecznictwa często nie ma poparcia w przestrojeniu organizmu, w wyrobieniu w jednostce hamulców i uświadomienia.

Bez wypełnienia zaś tych warunków nie można oczywiście mówić o uleczeniu kogoś z alkoholizmu.

Poza tym poradnie przeciwalkoholowe stają się siłą rzeczy ośrodkami ideologicznymi promieniującymi na terytorium, które obsługują, przeprowadzają rozumnie pojętą akcję propagandową, opartą na znajomości psychiki ludzkiej, a nie bujającą w obłokach szumnych frazeologii.

Ministerstwo stanęło również na stanowisku, że te osoby w odniesieniu do których lecznictwo poradniane nie okazało się skuteczne, winny być leczone w zakładach zamkniętych.

Abstrahuję tutaj od osób dotkniętych psychozami alkoholowymi, które z natury rzeczy muszą znaleźć się w szpitalu psychiatrycznym. Chodzi o kogo innego — o rzesze nałogowców bez wyraźnych cech psychotycznych.

Ministerstwo Zdrowia w stosunku do tych osób przewidziało w planie swym powstawanie zakładów specjalnych, w których oprócz biernej abstynencji wielką rolę odgrywałoby leczenie psychoterapeutyczne i leczenie pracą.

Pobyt mój w Szwajcarii utwierdził mnie w przekonaniu o słuszności takiego rozwiązania z tym zastrzeżeniem, że wzory szwajcarskie (Elikon) należało by ulepszyć, a mianowicie większą rolę poświęcić pedagogice i pracy. Zakłady dla alkoholików muszą, jednym słowem, w pełni odpowiadać nazwie zakładów leczniczo-wychowawczych. W zakresie tych zakładów należało by wprowadzić szereg typów, przy czym niektóre lżejsze wypadki poddane być winny raczej traktowaniu o typie sanatoryjnym. Nazwy niektórych z tych zakładów powinny być również pozbawione hańbiącego i niemiłego piętna, jakie wprowadza aluzja do alkoholizmu ich pacjentów i posługiwać się raczej terminem zakładów dla osób psychicznie lub nerwowo wyczerpanych.

Poglądy Ministerstwa znalazły silne poparcie w uchwałach zjazdu Dyrektorów Szpitali Psychiatrycznych, który odbył się ostat-

nio w wojew. poznańskim. Na zjeździe tym wprawdzie podniosły się głosy żądające umieszczania w czambuł wszelkich nałogowców w szpitalach psychiatrycznych, lecz były to głosy mniejszości.

Głosy te były zwalczane przez większość, która podkreślała, iż alkoholicy boją się zakładów psychiatrycznych i piętna choroby psychicznej, które przywiązywane jest do ich pacjentów.

Większość kolegów była również zdania, iż uszanować należy zastrzeżenia pacjentów i ich rodzin, a przez to uniknąć powstania w psychice alkoholików buntu przeciw metodom kuracji. Mogłoby to prowadzić do braku rezonansu ze strony chorych w stosunku do naszych zamierzeń, a o wyrobienie tego rezonansu chodzi przecież najwięcej, od niego bowiem zależy efekt leczniczy.

Tak przedstawiają się sprawy lecznictwa alkoholików w naszym ujęciu.

Zobaczmy teraz, jakie kroki uczyniono w kierunku ich realizacji.

Jak już wspomniałem w 1947 r. były zaledwie 2 poradnie przeciwalkoholowe, znajdujące się w Warszawie. Obecnie przy końcu roku 1948 mamy ich już w Polsce 14. Przy organizacji poradni przeciwalkoholowych natrafiono na wielkie trudności. Brak było zarówno personelu lekarskiego jak i pomocniczego. Aby temu zaradzić, Ministerstwo przeprowadziło 8 kursów z zakresu walki z alkoholizmem (dla lekarzy, dla pielęgniarek społecznych i studentów medycyny).

Poradnie częściowo są włączone organizacyjnie do Ośrodków Zdrowia, częściowo zaś do Instytutu Higieny Psychicznej.

Ze skromnych funduszów przeciwalkoholowych Ministerstwu nie udało się dotychczas w większej mierze ruszyć z miejsca sprawy zakładów dla alkoholików.

Posiadamy jednak już jeden zakład, mianowicie sanatorium w Wonieściu, który przyjmuje również alkoholików, przy czym zapewnia im odmienny entourage i inne warunki niż w szpitalach psychiatrycznych. Zakład ten, jak to wiem również z kontaktu z jego pacjentami, nie wzbudza w nich tych zastrzeżeń, o jakich mówiłem uprzednio i aczkolwiek nie jest specjalnie nastawiony na leczenie alkoholików, daje często dobre wyniki.

Ministerstwo przystępuje poza tym do organizacji zakładu leczniczo-wychowawczego w Modliszewie koło Dziekanki i dało na ten cel już pierwsze kredyty. Zakład ten zbliżać się będzie więcej do typu dostosowanego do swych celów właściwych, a w terapii dużą rolę poświęcać się będzie pracy i psychoterapii. Takie są skromne nasze czynności na przestrzeni nieco więcej niż roku w zakresie lecznictwa alkoholików. Na ich realizację pomyślnie wpływa zwiększanie z roku na rok kredytów na walkę z alkoholizmem, co jest wynikiem zrozumienia wagi zagadnienia ze strony Rządu i Ministerstwa Skarbu w szczególności.

Wielu z Pań i Panów zapewne uśmiechnie się teraz i zada sobie pytanie, czemuż to Skarb nie pójdzie raczej drogą zrezygnowania z dochodów Monopolu Spirytusowego i zmniejszenia produkcji alkoholu przeznaczonego na spożycie.

Otóż ta droga, pozornie tak prosta, byłaby niebardzo skuteczna. Prowadziłaby ona natychmiast do wzmożenia produkcji bimbru i do zmartwychwstania tragicznego widma czasów jeszcze tak niedawnych.

Przejdźmy teraz do drugiego aspektu walki z alkoholizmem, mianowicie profilaktyki. Tutaj zwrócić należy uwagę na kilka momentów: na konieczność przestrzegania istniejących przepisów i ustaw przeciwalkoholowych, na zagadnienia propagandy i wychowania.

Rozważając te momenty Ministerstwo doszło do wniosku, iż zarówno przestrzeganie ustawy jak i propagandy nie da się skutecznie przeprowadzić bez pomocy społeczeństwa, które do niedawna ustosunkowywało się do tych problemów obojętnie lub też z uśmiechem i machnięciem ręki. Należało by pomyśleć o stworzeniu jakiejś akcji ogólnokrajowej, która by zmąciła dotychczasową obojętność, uświadomiła istnienie pewnego zagadnienia, pobudziła do działania. Dotychczasowe organizacje społeczne przeciwalkoholowe grzeszyły kameralnością, może nawet nadmierną ortodoksją, która w zestawieniu z istotnym stanem rzeczy była rażąco nieżyciowa.

Nie poruszały one mas, obracały się raczej w jednym mieście lub miastach. Akcja ich nie docierała do młodzieży, robotników, związków zawodowych, fabryk, organizacji społecznych i politycznych oraz do zakątków kraju.

Należało wybrać drogę bardziej szeroką, poruszyć większe zbiorowisko. Nie było jednak potemu środków: sztabu propagandowców, literatury, plakatów. Ministerstwo posiadało jeden tylko środek dotarcia w teren, a mianowicie przez swe placówki w terenie, przez lekarzy powiatowych i wojewódzkich.

Okólnikiem z dnia 10 maja 1947 r. Ministerstwo poleciło tym lekarzom, aby zorganizowali okresowe zebrania, na których skupialiby się przedstawiciele miejscowych urzędów, władz, nauczycielstwa, organizacji młodzieżowych, politycznych i społecznych, związków zawodowych, ligi kobiet, duchowieństwa. W ten sposób w każdym powiecie powstało lub przynajmniej musiało powstać kółko przeciwalkoholowe o zadaniach profilaktyczno - propagandowych.

Akcja szła z początku bardzo kulawo, lecz zastygła toń obojętności została zamącona. Niektóre z takich kółek urzędowały rzadko, niektóre częściej, niektóre jednak ogarnęły dużo jednostek. Chcę tutaj uniknąć przesady, lecz bezwątpienia mogę powiedzieć, że zarządzenie nasze w wielkiej ilości miejscowości zapoczątkowało ruch przeciwalkoholowy. Fakt ten jest niezmiernie ważny. I o to nam właśnie chodziło. W ruch ten wciągnięto władze bezpieczeństwa, które zaczęły czuwać nad przestrzeganiem ustaw przeciwalkoholowych, o których istnieniu nikt dotychczas nie miał pojęcia.

I oto leży przede mną szereg plakatów wydrukowanych we Wrocławiu, broszura drukowana w Poznaniu, zarządzenie burmistrza w Szczecinie zabraniające sprzedaży alkoholu osobom nietrzeźwym pod groźbą zamknięcia restauracji, sprawozdanie z Wągrowca o wywieszeniu rozporządzeń ustawy przeciwalkoholowej we wszystkich lokalach publicznych, zarządzenie władz oświaty zakazujące używania alkoholu w szkołach, w świetlicach, na imprezach itp. Młodzież akademicka zaczęła wprowadzać bale i zabawy bezalkoholowe.

W kraju całym zaczynają się odbywać odczyty i pogadanki na tematy przeciwalkoholowe. Np. w Warszawie było ich w r. 1948 — 172, Lublinie — 22, Białymstoku — 36.

Ministerstwo przygotowało na kursach pewną ilość propagandowców spośród Ligi Kobiet, studentów, związków zawodowych, na podobnych kursach zapoznaje z tym zagadnieniem przedstawicieli władz bezpieczeństwa i związków zawodowych.

Na usługi tej akcji, która powoli ruszyła z miejsca, Ministerstwo wydrukowało kilka popularnych publikacji i 5 nowych plakatów i zasila nimi poszczególne ośrodki.

W szeregu miejscowości władze bezpieczeństwa w związku z akcją Ministerstwa Zdrowia zaczęły pilniej niż dotąd czuwać nad przestrzeganiem ustaw przeciwalkoholowych. Dopingiem stałym jest tu również postawa społeczeństwa miejscowego. W Łodzi, w Warszawie, Częstochowie i gdzieindziej zaczęto aresztować osoby nietrzeźwe powodujące zgorszenie.

Specjalną uwagę zwrócono na kierowców samochodowych — na zarządzenie Ministerstwa Zdrowia powstały stacje badania krwi na alkohol w Warszawie, Łodzi i Gdańsku. W programie jest też Szczecin i inne większe miasta.

W odniesieniu do szoferów Ministerstwo Zdrowia wymogło wprowadzenie w przyszłości przepisu o zupełnym zakazie spożywania alkoholu na służbie.

Rozpatrując akcję profilaktyczną, specjalną uwagę zwrócić trzeba na młodzież, u której pierwszy krok w kierunku używania alkoholu często decyduje o przyszłości. Omawianą akcją objęte zostały również szkoły, gdzie wygłaszane są pogadanki i odczyty. Myśleć również należy o wprowadzeniu obowiązujących wykładów w szkołach na tematy przeciwalkoholowe.

Przy ocenie wyników wspomnianej akcji trzeba wystrzegać się oczywiście optymizmu. Spójrzmy jednak niedaleko wstecz, półtora roku zaledwie, a uprzytomnimy sobie, iż nie tak mało się zmieniło. Ministerstwo z całym krytycyzmem ocenia te wyniki i uważa je za początek dalszej akcji. Zdaniem jego w akcji profilaktycznej na pierwsze miejsce wysuwa się walka z alkoholizmem młodzieży i w tym kierunku należało by posuwać się zarówno drogą surowych zarządzeń jak akcji propagandowo-wychowawczej. Na drugim miejscu należy postawić walkę z pijaństwem na terenie zakładów pracy, niestety, bardzo rozpowszechnionym, a w ogóle walkę z pijaństwem w czasie pracy. Ministerstwo zdaje sobie sprawę z tego, iż akcja przezeń wszczęta posiada wiele braków.

Najważniejszy z nich jest ten, że nie dociera ona wszędzie: do wsi, do fabryk, do wszelkich skupisk. W ostatnim czasie na rękę Ministerstwu idzie KCZZ, która stworzyła Komitet Społeczny

do Walki z Alkoholizmem. Do Komitetu należeć będą wszelkie masowe organizacje zawodowe i społeczne.

Łatwiej niż komórki urzędowe, przenikną one w teren i walczyć będą z rozpijaniem młodzieży, robotników w pracy, członków organizacji.

Tym niemniej — przy ocenie ogólnej wyników swej akcji — Ministerstwo nie może pominąć znaczenia faktu, iż poruszyła ona teren, ożywiła zagadnienie i dała nie małe efekty.

Na zakończenie chciałbym poruszyć w formie niezupełnie obowiązującej jeszcze pewne momenty.

Chodziło by o zagadnienie, czy i jakie nowe kroki normatywne w odniesieniu do alkoholizmu winny być wprowadzone. Tu Ministerstwo stara się postępować z pewną ostrożnością. Wynika ona przede wszystkim z faktu, iż wiele z norm istniejących nie są dotychczas skutecznie stosowane. Tym niemniej są pewne zagadnienia, które dojrzały do rozwiązania.

Do nich należy wprowadzenie przymusu leczenia dla uporczywych lub socjalnie szkodliwych alkoholików lub też alkoholików, u których inne sposoby zawodzą.

Otóż chciałem zaznaczyć, że projekt ustawy o opiece nad zdrowiem psychicznym ludności przewiduje taki przymus leczenia, a przewiduje go w sposób ostrożny, oparty na uprzednio wnikliwym zbadaniu przypadku, wszechstronnej obserwacji i wyczerpaniu innych metod.

Zastanawialiśmy się również nad ochroną praw materialnych rodzin alkoholików, które są często więcej poszkodowane od niego samego. Sprawa ta jeszcze podlega dyskusji. Poza tym główny nacisk kładziemy na doprowadzenie do poszanowania ustawy przeciwalkoholowej, bez tego bowiem trudno jest myśleć, aby inne nowe zarządzenia były przestrzegane.

DR W. STRYJEŃSKI
DR ST. GROCHMAL

BADANIA STATYSTYCZNE NAD NASILENIEM ALKOHOLIZMU W KRAKOWIE PO WOJNIE (ROK 1945 — 48).

Jednym z zagadnień niezmiernej wagi dla higieny psychicznej i zdrowia psychicznego jest sprawa alkoholizmu, jego nasilenia i rozpowszechnienia. Ogólnie panuje przekonanie, że alkoholizm od czasu okupacji, mimo rozpoczętej ostatnio kontrakcji i propagandy, zatacza coraz szersze kręgi. Nasuwa się więc pytanie, jakie mamy kryteria, aby wykazać istotne nasilenie się alkoholizmu w naszym społeczeństwie. Odpowiedź nie jest ani łatwa, ani prosta, wymaga bowiem uwzględnienia różnych czynników natury gospodarczej, administracyjnej, społeczno-kulturalnej i czysto lekarskiej. Ważną rolę odgrywa rodzaj materiału mającego obrazować nasilenie alkoholizmu i sposób jego opracowania.

W naszych rozważaniach ograniczyliśmy się do materiału zebranego na podstawie milicyjnych protokułów zatrzymania osób pijanych w Krakowie od 1945 r. do końca marca 1948 roku, udostępnionych nam przez Starostwo Grodzkie, oraz na podstawie wyciągu z księgi chorych na Oddziale Chorób Nerwowo-Umysłowych szpitala św. Łazarza w Krakowie za okres ostatniego 10-lecia (1937 — 1947).

Liczba osób zatrzymanych w stanie pijaństwa przedstawia się następująco:

Tab. I. Liczba zatrzymanych za opilstwo w Krakowie w latach 1945 — 1948.

Rok	Mężczyźni	Kobiety	Razem
1945	75	40	115
1946	512	167	679
1947	1.497	407	1.904
1948 (I kw.)	624	197	821
Razem .	2.708	811	3.519

Ogółem w omawianym okresie 3.519 osób w tym 2.708 mężczyzn i 811 kobiet.

Wzrost liczby zatrzymanych, aczkolwiek bardzo wybitny, nie jest jeszcze wystarczającym dowodem nasilenia alkoholizmu, może bowiem zależeć od większej sprawności i obowiązkowości organów bezpieczeństwa, od zniesienia godzin policyjnych, od stopniowego normowania się życia gospodarczego, poprawy warunków materialnych itp. Dlatego też porównując dane przedwojenne do obecnych bierzemy pod uwagę ogólne liczby za lata 1945 — 48 jako bardziej miarodajne.

Tab. II. Liczba zatrzymanych za opilstwo w Bydgoszczy (1926), Łodzi (1923—1926) i Krakowie (1945—1948) według dni tygodnia (w odsetkach).

Dni tygodnia	Bydgoszcz 1926	Łódź 1923—1926	Kraków 1945—1948
	w procentach		
Poniedziałek	10,8	12,1	13,5
Wtorek	11,5	10,9	14,8
Środa	14,6	9,7	14,1
Czwartek	13,9	13,1	15,2
Piątek	11,5	17,6	15,1
Sobota	15,8	19,0	14,9
Niedziela	21,9	17.6	12,2

Praca została wykonana z zasiłku Ministerstwa Zdrowia, za co na tym miejscu autorzy dziękują. Równocześnie dziękują p. drowi J. Horodeńskiemu, ordynatorowi Oddz. Psychiatr. Państw. Szpit. św. Łazarza za umożliwienie wykorzystania materiałów.

Alkoholizm jako nałóg pijaństwa zarówno w skali jednostkowej jak i zbiorowej charakteryzuje się pewną stałością występowania i nasilenia. Na tablicy II mamy przedstawiony odsetek zatrzymań wg. dni tygodnia za rok 1926 w Bydgoszczy, za lata 1923—26 w Łodzi i za lata 1945 — 48 w Krakowie.

Wszystkie dane dotyczące Bydgoszczy, Łodzi i Krakowa za rok 1926 są zaczerpnięte z pracy Edwarda Rosseta „Alkoholizm w miastach polskich“ wydanej w roku 1927 w Łodzi. Widzimy, że w Bydgoszczy największa liczba zatrzymań przypadała na sobotę i niedzielę (15,8% i 21,9%) podobnie w Łodzi (19,0% i 17,6%). W Łodzi wzrost liczby zatrzymań rozpoczynał się już we czwartek (dzień wypłat w wielu fabrykach), aby osiągnąć punkt szczytowy w sobotę i stopniowo spadając obniżyć się wybitnie we środę. Wzrost liczby zatrzymań w dnie wypłat robotniczych oraz w święta i dni przedświąteczne był znamienny dla okresu przedwojennego. Obecnie obserwujemy zjawisko zupełnie inne. Liczba zatrzymań w Krakowie jest prawie jednakowa we wszystkie dni tygodnia. Maksymalna różnica wynosi 3%, podczas gdy przed wojną wynosiła 11,1% (Bydgoszcz) i 9,3% (Łódź). Świadczy to, że obecnie pewna część ludności pije codziennie.

Równomierne upijanie się ludności we wszystkie dni tygodnia jest czymś więcej niż okolicznościowym piciem i stanowi bardzo niepokojący objaw nasilania się alkoholizmu.

Pod względem płci zebrany materiał wykazuje znaczny wzrost odsetkowy kobiet w stosunku do cyfr przedwojennych niezależnie od procentowego wzrostu liczby kobiet w ogóle (tablica III).

Tab. III. Liczba zatrzymanych za opilstwo kobiet i mężczyzn w Bydgoszczy (1926), Łodzi (1926) i Krakowie (1926) i (1945—1948).

Płeć	Bydgoszcz 1926		Łódź 1926		Kraków 1926		Kraków 1945—1948	
	liczba zatrzym.	%	liczba zatrzym.	%	liczba zatrzym.	%	liczba zatrzym.	%
Mężczyźni	796	97,55	3.373	93,21	2.702	83,53	2.708	76,96
Kobiety	20	2,45	246	6,79	533	16,47	811	23,04
Razem	816	100	3.619	100	3.235	100	3.519	100

Z 16,47% w roku 1926 wzrosła liczba zatrzymanych kobiet po wojnie do 23,04% ogólnej liczby zatrzymanych. Kraków zresztą już przed wojną miał w stosunku do innych miast wysoką liczbę zatrzymanych kobiet (16,47%), podczas gdy Łódź 6,79%, Bydgoszcz 2,45%. Te wszystkie cyfry pijanych kobiet w Krakowie wiążą się ściśle z ich zawodem (tablica IV a). Przeszło bowiem 75% zatrzymanych kobiet stanowią prostytutki będące nałogowymi pijaczkami i jako takie w ciągu roku kilkakrotnie zatrzymywane.

Tab. IVa. Liczba zatrzymanych za opilstwo z uwzględnieniem zawodów. Kobiety.

Zawód	Bydgoszcz 1926		Łódź 1926		Kraków 1926		Kraków 1945—48	
	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%
prostytutki	3	15,00	143	58,13	179	33,58	614	75,09
robotnice	1	5,00	57	23,19	100	18,01	72	8,87
handlarki i rękodzielniczki	—	—	4	1,62	44	8,25	33	4.07
urzędniczki	—	—	—	—	3	0,56	6	0.74
przy mężu	10	50,00	5	2,03	—	—	24	2.95
studentki i uczenice	—	—	—	—	—	—	3	0.37
służba domowa	—	—	15	6.09	32	6,00	18	2,21
inne zawody	1	5,00	—	—	—	—	14	1,97
bez zawodu	5	25,00	22	8,94	148	27,76	27	3,32
żebraczki	—	—	—	—	27	5,06	—	—
razem	20		246		533		811	

Analizując zestawienie cyfrowe zatrzymanych mężczyzn pod względem zawodu i porównując z podobnymi zestawieniami okresu przedwojennego (tablica IVb) obserwujemy w Krakowie wyraźny odsetkowy spadek zatrzymanych robotników (z 41,96% na 27,58%), nieznaczny służby komunikacyjnej jak pracownicy P.K.P., szoferzy dorożkarze (z 12,91% na 11,22%), przy wzroście rzemieślników (15,95% na 30,02%) i urzędników (z 3,55% na 6,64%), a przede wszystkim uczniów i studentów (z 0% na 5,68%). Różnice są tak

duże, że nawet ewentualne zmiany odsetkowe w strukturze zawodowej ludności po wojnie nie tłomaczyłyby tych cyfr wystarczająco. Jest to również objaw niepokojący, przemawiający za powszechnością alkoholizmu bez różnicy zawodu. Przysłowiowe powiedzenie „Pije jak szewc czy dorożkarz“ staje się w świetle cyfr coraz mniej aktualne, bowiem obecnie piją wszyscy.

Tab. IVb. Liczba zatrzymanych za opilstwo z uwzględnieniem zawodów. Mężczyźni.

Zawód	Bydgoszcz 1926		Łódź 1926		Kraków 1926		Kraków 1945—48	
	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%
robotnicy	207	26,00	2,080	21;69	1.134	41,69	747	27,58
rzemieślnicy	278	34,92	451	13,37	431	15,95	813	30,02
służba komunik. (kolej, tramw. doroż. szoferzy)	43	5,40	151	4,50	349	12,91	304	11,22
handlowcy, drobni kupcy, pomoc biur.	112	14,07	235	6,96	97	3,59	195	5 ,65
technicy. urzędnicy	23	2,88	49	1,45	96	3,55	188	6,64
rolnicy, ogrodnicy	28	3,51	47	1,39	28	1,03	76	2,80
usługi domowe (dozorcy)	38	4,77	75	2,22	73	2,70	45	1,66
wolne zawody przemysłowcy	22	2,76	47	1,39	39	1,44	—	—
studenci (uczniowie terminatorzy)	3	0,37	8	0,23	—	—	154	5,68
inne zawody	15	1,88	159	4,71	19	0,70	142	5,24
bez zawodu	27	3,39	71	2,10	345	12,76	69	2,18
żebracy	—	—	—	—	91	3,36	—	—
nie podano	—	—	—	—	—	—	17	0,62
razem	796		3.373		2.702		2.708	

Podobne refleksje nasuwa analiza tablicy V, obrazującej podział zatrzymanych wg. wieku. Widzimy, że w porównaniu do okresu

przedwojennego wzrasta liczba zatrzymanej młodzieży i w ogóle ludzi młodych.

Tab. V. Liczba zatrzymanych za opilstwo z uwzględnieniem wieku.

Miasto, płeć i rok	do lat 20		od 21–30		od 31–40		od 41–50		wyżej 50		nie podano	
	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%	liczba zatrz.	%
Bydgoszcz M.	43	5,4	272	34,3	269	33,8	152	19,0	60	7,5		
1926 K.	—	—	4	20,0	2	10,0	3	15,0	11	55,0		
Łódź 1926 M.	148	4,4	1452	40,0	1022	30.3	491	11,5	260	7,7		
K.	21	8,5	117	47,5	56	22,8	24	9,8	28	11,3		
Kraków M.	286	10,5	674	24.9	625	23.1	468	17,3	649	24,0		
1926 K.	89	16,7	165	30,9	109	20,6	76	14,2	94	17,4		
Kraków M.	328	12,1	870	32,1	838	30,9	519	19,1	156	5,7	17	0,6
44–48 K.	51	6,2	225	27,7	397	48,9	113	13,9	21	2,5	4	0,4

O ile w r. 1926 odsetek mężczyzn zatrzymanych w Krakowie za pijaństwo wynosił do 20 lat 10,5%, w wieku 21—30 24,9%, w wieku 31—40 23,1%, to obecnie odsetek zatrzymanych w wieku do 20 lat wynosi 12,1%, w wieku 21—30 lat 32,1%, w wieku 31—40 30,9%. Ogółem zatrzymanych do lat 40 było w r. 1926—58,5%, obecnie aż 75,1%. Spadła natomiast liczba zatrzymanych powyżej lat 50, z 24% na 5,7%. Najwyższe cyfry przypadają zatem na okres pełni sił, okres maksymalnej wydajności pracy i rozrodczości. Jakie olbrzymie straty ponosi wskutek pijaństwa ludzi w wieku 20 — 40 lat nasz potencjał gospodarczy w świetle tych cyfr nie trzeba nikogo przekonywać.

Podobnie stosunki przedstawiają się wśród kobiet. W roku bowiem 1926 zatrzymano w wieku do lat 40 68,2% ogólnej liczby kobiet, obecnie zaś 82,8%. Tak znaczne nasilenie w wieku poniżej lat 40 jest niezbyt pomyślnym prognostykiem dla biologicznej wartości przyszłych pokoleń i wydajności pracy. Opilstwo alkoholowe nie jest obce obecnie i młodzieży wywierając swe zgubne działanie na ustrój w okresie rozwoju.

Dla większej ścisłości powyższych danych nadmieniamy, że profil ludności Krakowa pod względem wieku nie uległ większym wahaniom w obu porównawczych okresach. Dla przykładu przytacza-

my dane z rocznika statystycznego z roku 1947 dotyczące Krakowa. W roku 1931 było w Krakowie 26% ludności poniżej 18 roku życia, 65,8% między 18 — 59 rokiem życia i 8% powyżej 60 roku życia, a w roku 1946 25,9% poniżej 18 roku życia, 65,7% między 18—59 rokiem życia i 8,4% w wieku lat ponad 60.

Odrębny lecz równie wymowny obraz daje zestawienie liczbowe chorych leczonych z powodu alkoholizmu na Oddziale Chorób Nerwowych i Umysłowych państwowego szpitala św. Łazarza w ostatnim 10-leciu (1938 — 1947).

Tab. VI. Liczba alkoholików leczonych na Oddz. Nerwowo - Umysłowym Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie, w latach 1938 — 1947.

Rok	Ogólna liczba chorych	Alkoholicy		Chorzy na obłęd opilczy	
		liczba	%	liczba	%
1938	633	17	2,68	4	0,63
1939	838	19	2,26	6	0,71
1940	391	10	2,55	3	0,76
1941	447	16	3,33	7	1,56
1942	419	16	3,81	3	0.71
1943	399	7	1,75	—	—
1944	366	17	4,64	—	—
1945	357	6	1,68	1	0,28
1946	347	32	9,22	6	1,73
1947	413	41	9,92	18	4,35

Utrzymujący się do roku 1940 odsetek alkoholików w granicach 2,26% — 2,68% wzrasta w roku 1942 do 3,81%, a w roku 1944 do 4,64%, a w latach 1946 i 47 do 9,22‰ i 9,92%. Spadek w roku 1943 do 1,75% należy odnieść do czynników natury politycznej, gospodarczej (nasilenie terroru okupacyjnego, restrykcje gospodarcze), podobnie jak w roku 1945 spadek do 1,68% należy łączyć z bezpośrednimi działaniami wojennymi i trudnościami ogólnej natury redukującymi leczenie szpitalne do wyjątkowych przypadków.

W liczbie leczonych alkoholików szczególniejszego znaczenia nabierają przypadki obłędu opilczego (delirium tremens). Odsetek ich od 0,63% poprzez spadek a nawet brak całkowity w latach 1943 — 44 z powodu czynników omówionych wyżej, wzrasta w roku 1947 do

1,73%, a w roku 1947 aż do 4,35%. Wzrost przypadków obłędu opilczego jest bardzo ważnym wskaźnikiem nasilenia alkoholizmu, gdyż ilustruje pijaństwo przewlekłe, nałogowe. Jest to również poważne ostrzeżenie, aby nie lekceważyć sprawy alkoholizmu i walkę z tą klęską przeprowadzać zdecydowanie i konsekwentnie.

Wymowa cyfr poparta ścisłym materiałem statystycznym powinna przekonać każdego dla kogo troska o zdrowie narodu jest obowiązkiem i nakazem.

DYSKUSJA

obejmująca wszystkie referaty związane z walką z alkoholizmem.

PROF. DR T. BILIKIEWICZ jest zdania, że w metodach stosowanych u nas przy zwalczaniu alkoholizmu brak podejścia przyczynowego. Przyczyną alkoholizmu jest alkohol — należy więc dążyć do stopniowego wprowadzenia prohibicji całkowitej, w międzyczasie podnieść cenę alkoholu, zaostrzyć kary w stosunku do pokątnych wytwórni bimbru, zwalczać nieodpowiednią atmosferę jaką otoczony jest alkohol w literaturze.

DR O. BIELAWSKI. Nie każdy pijący jest alkoholikiem, nałogowcy stanowią zaledwie 2%. System poradnictwa przeciwalkoholowego należy oprzeć o ewidencję alkoholików prowadzoną przez władze, stosować środki przymusowe.

Terapia grupowa ma szerokie zastosowanie, w niektórych chorobach psychicznych daje nawet lepsze wyniki, ponieważ alkoholicy stanowią grupę niejednorodną, złożoną z depresyjnych, hipomaniakalnych, debilów itd.

DYR. BERGER uważa, że z punktu widzenia zakładów pracy alkoholizm sporadyczny jest groźniejszy niż nałogowy. Nałogowo pijący zostają prędzej czy później usuwani, sporadyczne użycie alkoholu powoduje wypadki przy pracy. Zwalczać alkoholizm należy przez wytwarzanie odpowiedniej atmosfery rodzinnej i społecznej.

DR HORWITZ-KANCEWICZOWA: Walka z alkoholizmem na terenie Polski jest konieczna, walkę tę winien prowadzić Instytut Higieny Psychicznej. — W Związku Radzieckim prohibicji nie ma, istnieje natomiast wytężona walka na terenie zakładów pracy, w organizacjach młodzieżowych itd. Wyniki są dobre. U nas młodzież jest pod tym względem zaniedbana. — Na terenie pracy alkohol powoduje znaczne straty w postaci opuszczonych dniówek. Obniżenie dochodów w związku ze spadkiem spożycia alkoholu w każdym razie opłaci się w skali gospodarki ogólnopaństwowej. — Mamy za mało dobrej propagandy. Pracą w terenie powinny się zająć związki zawodowe, którym trzeba pomóc, jednak propaganda na terenie zakładów pracy powinna wychodzić z danego środowiska, ponieważ robotnicy nie mają zaufania do tego, co im powie ktoś z zewnątrz.

DR ŻUKOWSKA podkreśliła konieczność akcji uswiadamiającej oraz konieczność „społecznych zamówień“ skierowanych do literatów, radia; niezbędna też jest w walce z alkoholizmem współpraca szeregu ministerstw. Ostatnio w akcji zwalczania alkoholizmu wzięły udział partie polityczne.

DR Z. JAROSZEWSKI. Proponowana przez dr Stryjeńskiego procedura umieszczania alkoholików byłaby zbyt skomplikowana, umieszczenie powinno następować na podstawie orzeczenia lekarza urzędowego. Istnieją też poważne trudności z utrzymaniem alkoholika przez dostatecznie długi czas w szpitalu. Co do metod walki z alkoholizmem, to należy szeroko stosować metody wychowawcze, które staną się skuteczne jeżeli będą stosowane konsekwentnie.

DR SEMBRATOWICZ-USZKIEWICZOWA podniosła sprawę zabezpieczenia materialnego rodzin alkoholików oraz sprawę przestrzegania zakazu sprzedaży alkoholu w sąsiedztwie zakładów psychiatrycznych.

DR STRYJEŃSKI. Jednym z najważniejszych momentów w leczeniu alkoholików jest ustalenie czasu leczenia. Do kwestii prohibicji należy podchodzić bardzo ostrożnie, ponieważ można sprawę walki z alkoholizmem skierować na błędne tory. — Jako przykład nacisku na alkoholików, niechętnie poddających się leczeniu, można podać system krakowski, gdzie ubezpieczalnia odmawia zasiłków chorobowych alkoholikom, o ile nie przedstawią dowodu zgłoszenia się do poradni.

DR H. ZAJĄCZKOWSKI zaznacza, że w swoim referacie o psychoterapii grupowej alkoholików nie mógł wyczerpać tematu. Omawia niektóre badania doświadczalne nad „alkoholizmem“ zwierząt (awitaminoza B u szczurów i „nerwica“ doświadczalna u kotów), poza tym podkreśla, że w walce z alkoholizmem nie jest najważniejsze szukanie nowych metod, lecz wyrobienie odpowiedniej postawy społeczeństwa.

DR L. KORZENIOWSKI podkreśla przedwczesność szerszych prób ustawodawczych w czasie, gdy brak dostatecznej liczby zakładów, w których — zgodnie z projektowanymi ustawami — można by umieszczać alkoholików. Atmosferę możemy tworzyć przez propagandę i wychowanie. Plakaty i literatura nie są bez znaczenia. Środki te działają oczywiście w stosunku do pijących mało i niepijących. Rola związków zawodowych polegałaby na wytworzeniu odpowiedniej atmosfery od wewnątrz. Jest to sprawa trudna, wymagająca pracy wieloletniej. Odstraszanie i prohibicja nie są metodami skutecznymi.

PRZEMÓWIENIA KOŃCOWE

PRZEMÓWIENIE DRA L. USZKIEWICZA

dyr. Departamentu Medycyny Społecznej Ministerstwa Zdrowia

U podstaw ruchu higieny psychicznej leżał protest przeciw stanowi lecznictwa psychiatrycznego na początku wieku XX.

Charakterystyczne jest, że ruch ten został zapoczątkowany przez Beersa który był wyleczonym pacjentem, a nie lekarzem. W sposób bardzo prosty i szczery umiał on poruszyć społeczeństwo. Uczynił to tym łatwiej, że ówczesny stan szpitali psychiatrycznych był opłakany. U nas nie było może aż tak źle, jednak dotychczas istnieją w Polsce szpitale, które należało by właściwie nazwać zakładami, omijane przez wszystkich, do których trudno znaleźć lekarzy. Za ten stan rzeczy ponoszą częściowo winę psychiatrzy, którzy — ograniczając się do leczenia przypadków najcięższych — odgrodzili się od życia i społeczeństwa.

Potrzebna jest akcja profilaktyczna, która idzie w masy, w zdrowe społeczeństwo. Higiena psychiczna natrafiła u nas na szereg oporów ze strony ludzi zacofanych (często nawet — naukowców) oraz ze strony tych, którzy tym zacofanym naukowcom wierzą, a higieny psychicznej nie znają.

Porównując trzy powojenne zjazdy, musimy stwierdzić stały postęp. Obecny Zjazd poruszył zagadnienia dla higieny psychicznej podstawowe. Pierwszy dzień poświęcony był człowiekowi pracy, drugi — bardziej lekarski — poruszył zaniedbane u nas zagadnienie psychiatrii dziecięcej. Trzeci dzień poświęcono nierozwiązanemu do-

tychczas, kapitalnemu ze społecznego punktu widzenia, zagadnieniu alkoholizmu.

Higiena psychiczna, mimo słabej pomocy finansowej, może się już po wojnie poszczycić ogromnym dorobkiem. Powinna ona bardziej związać się z życiem Polski Ludowej. Otwierają się przed nią wspaniałe perspektywy pracy na terenie szpitali psychiatrycznych, lecznictwa pozazakładowego, na terenie zakładów pracy, poradnictwa zawodowego.

W ruchu higieny psychicznej istotne jest rozbicie wieży z kości słoniowej, którą nauka lubi się otaczać, istotne jest wejście w nurt życia społecznego. Istotne też jest zerwanie ze szkodliwymi nastawieniami teoretycznymi, jak np. nihilistyczna postawa wobec terapii. Z nihilistyczną postawą zrywa m. inn. omawiana tu dziś psychoterapia grupowa. W kierunku tym ogromne znaczenie ma m. inn. praca zespołowa. Duże możliwości higieny psychicznej, jej potrzeba w szerokich warstwach, jej postępowe nastawienie pozwalają przypuszczać, że higiena psychiczna stanie się ruchem silnym, czego uczestnikom Zjazdu życzę.

UCHWAŁY III ZJAZDU HIGIENY PSYCHICZNEJ

I. — Trzeci Zjazd Higieny Psychicznej, odbyty w dniach 30.X do 1.XI. 1948 r. w Warszawie — Zagórzu, wyraża żywą radość, iż dzięki Państwowemu Instytutowi Higieny Psychicznej ruch higieny psychicznej w Polsce pomyślnie się rozwija, oraz wypowiada opinię, iż ruch ten zasługuje ze wszech miar na najwyższe poparcie ze strony czynników miarodajnych w Państwie Polskim gdyż:

a) ruch higieny psychicznej powstał w Ameryce jako *protest* klas niezamożnych ludności przeciwko przywilejowi bogaczy do korzystania z opieki nad zdrowiem psychicznym i pomimo trudności, na jakie napotykał w tym kraju, zdołał rozpowszechnić się szeroko na świecie;

b) higiena psychiczna ma charakter ruchu lekarsko - społecznego, kładąc nacisk na zapobieganie w zakresie zdrowia psychicznego. Roztacza ona opiekę nad ludnością, w szczególności dziećmi i młodzieżą, zagrożoną nerwicami i psychozami, która to dziedzina w Polsce jest jeszcze w zaniedbaniu;

c) higiena psychiczna przeciwstawia się błędnym doktrynom metafizycznym na terenie biologii, genetyki, psychologii i psychiatrii, widząc w cechach dziedzicznych czynniki dynamiczno - plastyczne, podległe wpływom wychowawczym środowiska;

d) higiena psychiczna wprowadza do opieki nad zdrowiem psychicznym ludności moment *aktywności* leczniczo - profilaktycznej, przeciwstawiając się fatalizmowi i nihilizmowi w tej dziedzinie.

II. — Trzeci Zjazd Higieny Psychicznej w Zagórzu jeszcze raz wykazał jak bardzo ważną i konieczną jest współpraca psychologów i lekarzy. Tego rodzaju współpraca ogniskuje się już od szeregu lat na terenie Instytutu Higieny Psychicznej. Zebrani na zjeździe lekarze i psychologowie, stwierdzając owocność takiej współpracy, pragnęliby, ażeby to porozumienie, które się zaznaczyło na Zjeździe, dało się w szerokim zakresie zawiązać i pogłębić. Osiągnęłoby się to nie tylko przez odpowiednie przygotowywanie przyszłych pracowników psycho - higienicznych, lecz również przyszłych lekarzy i magistrów psychologii. Studia lekarskie (szczególnie jeżeli chodzi o psychiatrów) powinny uwzględniać w odpowiednim stopniu psychologię a studia psychologii — psychiatrię i psychopatologię.

III. — Zjazd zwraca się do Ministerstwa Oświaty, Zdrowia, Opieki Społecznej, Sprawiedliwości i Przemysłu z propozycją wyłonienia Komisji międzyministerialnej celem opracowania jednolitych zasad i form współpracy na terenie higieny psychicznej, ze względu na fakt, iż higiena psychiczna jest terenem pogranicza wymienionych Ministerstw.

Zjazd uważa, że wprowadzenie ścisłej współpracy oszczędzi marnotrawstwa wysiłku i wielu zbędnych wydatków.

IV. a) W trosce o dobro dziecka polskiego III Zjazd Higieny Psychicznej prosi Ob. Ministra Zdrowia o przyczynienie się do wydania ustawy o sądach dla nieletnich;

b) W trosce o dobro dziecka polskiego III Zjazd Higieny Psychicznej prosi Ob. Ministra Sprawiedliwości o wydanie odpowiednich zarządzeń, ażeby już obecnie w ramach obowiązującego ustawodawstwa dochodzenia w sprawach nieletnich spoczywały wyłącznie w rękach sędziów, oraz żeby

c) konwojowanie nieletnich do zakładów, a w szczególności dziewcząt, odbywało się nie przez funkcjonariuszów mundurowych, lecz przy udziale powołanych w tym celu organów.

Uwaga. Uchwały odnoszące się do zagadnień związanych z pierwszym dniem obrad (Higiena psychiczna i psychologia pracy) zamieszczono w kwartalniku „Psychologia i Higiena Psychiczna Pracy“, nr 2, r. 1948.



WYDAWNICTWA PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU HIGIENY PSYCHICZNEJ

Zdrowie Psychiczne (kwartalnik)

Rok I (1946) nr. 1 zł. 85.— nr. 2 zł. 150.—
Rok II (1947) nr. 1 zł. 150.— nr. 2 — 4 zł. 300.—
Rok III (1948) nr. 1—2 zł. 200.— nr. 3, 4 po zł. 200.—

Psychologia i Higiena Psychiczna Pracy (kwartalnik)

Rok I (1948) nr. 1, 2 po zł. 150.—

Biblioteka Odbitkowa „Zdrowia Psychicznego"

1) Michałowicz M. Zaburzenia psychiczne wieku niemowlęcego, 1947. . . . . 75.—
2) Prof. dr Szuman S. — Zagadnienie charakteru człowieka, a higiena psychiczna, 1947. . . . . 40.—
3) Dr Grzywak Kaczyńska M. — Zdolność do uczuć wyższych, a prawidłowy rozwój psychiczny, 1947. 60.—
4) Dr Kacprzak M. — Nosce te ipsum, 1948. . . 50.—
5) Dr Stryjeński W. — Norma w higienie psychicznej, 1948. . . . . 50.—
6) Dr Dąbrowski K. — Pojęcie zdrowia psychicznego 1948. . . . . 50.—
7) Dr Grochmal S. — Higiena psychiczna a sport i wychowanie fizyczne młodzieży, 1948. . . . . 50.—
8) Dr Korzeniowski L. — Leukotomia przedczołowa i jej znaczenie dla chorób psychicznych, 1948. . . . 100.—

Biblioteka Naukowa

1) Beers W. C. — Umysł, który sam siebie odnalazł . 375.—
2) Zbyszewska Z. — Organizacja i wychowanie w domu dziecka, 1949. . . . . 450.—

Biblioteka Popularno Naukowa

1) Chmieleńska I. — Kara w wychowaniu, 1947 . 100.—
2) Kunicka J. — Kłamstwo dziecięce, 1947 (wyczerpane). 100.—

Zagadnienia alkoholizmu

1) Starczewski J. — Metody walki z alkoholizmem w Szwecji, 1948. . . . . 25.—
2) Dr Puchowski B. — Badanie trzeźwości, 1948. 40.—

Biblioteka Popularno - Wychowawcza

1) O niemowlętach dobrze i źle wychowanych, 1946. . . 40.—
2) Wychowanie dziecka w pierwszych latach życia (1 — 3 lat) 1946 (wyczerpane). . . . . 40.—
3) Jak sobie radzić z dzieckiem od 4 — 7 lat, 1946. . . 40.—
4) O dzieciach w pierwszych latach nauki szkolnej, 1946. 40.—
5) Trudny wiek chłopców (12 — 14 lat), 1946. . . . 40.—
6) Trudny wiek dziewcząt (12 — 13 lat), 1946. . . . 40.—
7) Dorastający chłopcy, 1946. . . . . 40.—
8) Dorastające dziewczęta, 1946. . . . . 40.—

Różne

1) Państwowy Instytut Higieny Psychicznej (prospekt), 1947 45.—